

HIPNOTERAPIE COGNITIVA

Despre autor

Dr. Assen Alladin este un psiholog clinician ,profesor asistent adjunct la Centrul Medical Foothills si Departamentul de Psihiatrie si Psihologie la Universitatea Medicala din Calgary. A practicat si a invatat hipnoza si psihologia clinica timp de 25 de ani. A servit ca secretar al Societatii Britanice de Hipnoza Clinica si Experimentala, timp de multi ani si, in prezent este Presedintele Federatiei Canadiene de Hipnoza Clinica – Societatea Alberta. Este membru al Societatii Regale de Medicina si membru asociat al Societatii de Psihologie Britanice.

Dr. Alladin a publicat multe capitole si lucrari de hipnoza clinica, ca autor al *Lucrare de Hipnoterapie pentru Depresie: O Abordare Bazata pe Evidenta* ((Lippincott, Williams & Wilkins, 2007) si *Hipnoterapie Explicata* (Radcliffe Publishing, 2008). El a servit ca editor pentru probleme speciale in hipnoterapie, pentru *Jurnal de Neurologie si Psihiatrie Preventiva* (1992), *Jurnal de Psihoterapie Cognitiva: O impartire Internationala* (1994) si *Jurnalul International de Hipnoza Clinica si experimental* (Aprilie 2007 & Iulie 2007).

Este interesat in validarea empirica a hipnozei clinice si integrarea hipnozei cu celelalte forme de psihoterapie. El a primit in 2005 distinctie pentru cele mai bune lucrari de cercetare de la Divizia 30 a Asociatiei Psihologice Americane.

Dr. Alladin este originar din Insula Mauritius si si-a terminat studiile in Anglia. A fost initial format ca sora inregistrata si ca lucrator social, inainte de a studia psihologia si psihologia clinica. Dr. Alladin are doi copii adulti si locuieste in Calgary, Alberta, Canada. Ii place sa predea si sa calatoreasca impreuna cu sotia sa de 27 de ani. El a prezentat lucrari de hipnoza clinica la conferinte nationale si internationale.

Cuvant inainte

Cu multi ani in urma am avut ocazia de a-l observa pe Dr. Aaron T Beck, pe larg considerat parintele terapiei cognitive moderne, conducand cele mai interesante sedinte de terapie cu un barbat tanar care era anxios si deprimat. Dr. Beck a incurajat barbatul ca mai intai sa recunoasca erorile in gandirea sa si apoi. In mod deliberat si constient a inlocuit fluxul de ganduri automate negative, prin faptul de a le privi non-critic, care in mod evident au contribuit la dificultatile sale. Barbatul a raspuns destul de favorabil la instructiunile Dr. Beck.; el parea sa prinda atat ideile, cat si etoda pe care a invata-o prin reglarea gandurilor si sentimentelor sale. Atunci, Dr. Beck a facut ceva cu adevarat interesant; A instruit barbatul sa inhida ochii si sa se angajeze intr-un exercitiu de imaginatie. Barbatul a spus ca s-a vizualizat intr-o varietate de situatii care au fost anterior stresante. Dr. Beck a sugerat sa se vada pe el insusi in aceste situatii familiare gandindu-se ca face lucrurile diferit, concentrandu-se asupra modului cum aceste ganduri noi sunt corectate si sa-si revizuiasca vorbirea cu sine conducandu-l la a face fata problemelor anterioare cu succes si plin de indemanare. Barbatul tanar a fost absorbit de subestiile lui beck de a asocia noi gnaduri si sentimente la acele situatii si a raportat sentimente prin care putea face acum fata acelor situatii in moduri mult mai imbunatatite. Zambetul sau si confortul aparent au sugerat ca el era sincer spunand asta.

Dupa acesata sedinta, l-am intrebat pe Dr. Beck despre ultimul pas al interventiei sale. L-am intrebat cum numea aceasta procedura de vizualizare. El a replicat, „O imagerie de succes”. L-am intrebat, „Era asta hipnoza?”. El a replicat ca el nu a facut hipnoza.

Cineva inradacinat in dinamicile hipnozei clinice, ar putea numi aceasta Procedura „imageriei de succes” ca o tehnica de „progresie de varsta”, o orientare *experientiala*, nu doar cognitiva, orientare asupra viitorului care a incurajat clientul sa dezzvolte o asociere intre setul de ganduri, sentimente si comportamente specifice si contextul particular. Clinicienii angajeaza hipnoza rutinier pentru a face uz de progresia de varsta la fel ca si „sugestiile posthipnotice” pentru exact acelasi

motiv pentru a stabili legaturi (ex. Asocieri) intre raspunsurile dorite si contextele specifice. Astfel de sugestii orientate spre scop sunt in mod tipic bine elaborate si cu grija furnizate, cu intentia de a face legaturile pe cat de puternice posibile.

Exista ceva cu adevarat special in experienta hipnozei. Hipnoza permite un sentiment crescut de control personal (ex. Un mai bun locus intern de control) si o mai mare flexibilitate in raspunderea in moduri multidimensionale. In mod particular relevant este, totusi modul cum hipnoza incurajeaza un mai bun raspuns in mod *automat*, semnificatia unei calitati a raspunsului care este valabila din punct de vedere terapeutic, care pare sa para fara lipsa de efort la persoana hipnotizata.

La fel de bine cum inainte erau numite „ganduri automate” de catre terapeutul cognitiv, asemenea raspunsuri non-volitionale si tipic neconstiente au fost numite raspunsuri ideo-cognitive. In timp ce identificarea gandurilor automate negative a devenit concentrarea majora in terapia cognitiv-comportamentala, clinicienii care studiaza hipnoza au dezvoltat cai inovative pentru a incuraja *ideocognitiile pozitive*. Este scopul tratamentului de a reduce gandirea negativa si distorsionata sau a creste gandirea pozitiva sau clara? Ar trebui sa aiba ca scop reformarea mintii constiente de a recunoaste si de a corecta distorsionările cognitive sau scopul procesarii inconstiente care poate ajuta sa se mobilizeze mult mai eficient procesarea informatiei si raspunsurile reflexive pozitive? Exista intrebarea totodata de a lua in considerare si modul cum unul din raspunsurile lor, fara dubiu acopera metodele si stilul clinic al cuiva.

Literatura in ceea ce priveste hipnoza este plina de exemple de sugestii integrate cu succes pentru a schimba calitatea si directia gandirii cuiva. Mai mult, utilizarea hipnozei pentru a reduce anxietatea si de a usura procesul invatarii a fost facuta pentru o terapie mult mai usoara si mai buna. In particular, exista o intreaga literatura stiintifica in dezvoltare care atesta faptul ca hipnoza imbunatateste terapia cognitiv – comportamentala; de fapt, marea parte din aceasta literatura este in mod critic revizuita in aceasta carte.

Totusi, acest volum impresionant, care introduce cititorul doctorului Assen Alladin in modelul *hipnoterapiei cognitive*, avem un raspuns bine gandit la intrebarea pe care ne-o punem multi dintre noi: Cum putem creste meritele terapiei cognitiv-comportamentale? Esenta acestui raspuns este *de a integra hipnoza in procesul tratamentului*. Dr. Alladin si-a sumat provocarea prezentarii fundatiei teoretice pentru integrarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala, si a furnizat o semnificatie structurata pentru a face astfel incat sa formuleze liniile de

ghidaj ale cazului. El a oferit detalii si exemple iluminatoare ale strategiilor de interventie specifice si chiar a furnizat un model flexibil pentru modurile in care celelate modele de psihoterapie pot fi combinate cu hipnoza clinica.

Dr. Alladin face ceva neobisnuit prin faptul ca a pus un picior in lumea psihoterapiei si celalt picior in lumea cercetarii. El are competenta in ambele domenii care isi fac aparitia in aceste pagini. El se straduieste nu doar sa rezolve problemele, ci sa invete rezolvarea problemelor. El vede dincolo de limitele unei proceduri unidimensionale si ne ofera o varietate de metode hipnotice care apar dincolo de mintea constienta si intra in domenii in care tehnicile cognitiv-comportamentale mult mai tipice nu merg. El accentueaza meritele hipnozei ca o semnificatie a puterii oamenilor de a utiliza mintea lor in noi si creative moduri care pot imbunatati viata lor. Dr. Alladin ne furnizeaza o dovada empirica de care avem nevoie pentru a vedea ca exista un bun motiv de a absorbi ceea ce el ne invata.

Este privilegiul meu de a scrie cuvantul inainte la acest volum. Sper ca il veti gasi la fel de instructiv, inteligent ,interesant si practic asa cum am facut-o eu.

Michael D. Yapko, Ph. D.
Falibrook, CA
February 12, 2008
www.yapko.com.

Prefata

În scrierea acestei cărți am avut trei mari preocupări în legătură cu hipnoterapia care au evoluat în cei 27 de ani de carieră ca practician și profesor de hipnoză clinică. În primul rând, mulți scriitori au susținut că hipnoterapia este foarte eficientă în tratamentul variatelor tulburări, dar au furnizat puțină sau nici o cercetare empirică pentru susținerea pretențiilor lor. În al doilea rând, ei descriu numeroase tehnici hipnotice care pot fi utilizate cu o varietate de condiții medicale și psihologice. Totuși, nu a fost făcut clar modul cum aceste tehnici diferă de celelalte forme de psihoterapie, care sunt bazele empirice pentru utilizarea lor și modul cum ele modifică patologia care apare. Cititorul este adesea lăsat cu impresia că tehnicile hipnotice sunt utilizate fără a da prea multă considerație recentelor rezultate în etiologie și tratamente. În al treilea rând, cele mai multe cărți accentuează rolul adjuvant al hipnoterapiei, dar ele nu descriu în detaliu strategiile multimodale în care tehnicile hipnoterapeutice sunt încorporate. Cel mai adesea o singură modalitate de abordare hipnotică este descrisă. Luând în considerare că cele mai multe tulburări clinice sunt complexe și compuse din factori comorbizi este surprinzător că unii autori abordează o singură modalitate de abordare a tratamentului. Pe de altă parte, unii scriitori au făcut încercarea de a integra tehnicile hipnotice cu alte forme de psihoterapie (de ex. Terapia cognitiv-comportamentală sau psihoterapia psihodinamică), dar ei nu au furnizat un raționament pentru integrarea teoretică sau științifică.

Cărtea asumă o abordare multimodală pentru înțelegerea și tratarea tulburărilor emoționale. A fost scrisă pentru a încuraja practica clinică și cercetarea în hipnoterapie bazată pe evidență. Furnizează direcțiile asupra modului cum să asimilăm hipnoza cu terapia cognitiv-comportamentală în managementul variatelor tulburări emoționale. Pune o fundație teoretică solidă pentru integrarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentală în managementul tulburărilor emoționale. Mai mult, psihoterapia cognitivă este conceptualizată ca un model care asimilează psihoterapia. Abordarea care asimilează psihoterapia este ultimul model de psihoterapie integrativă descris în literatură. Este considerat a fi cel mai bun model pentru integrarea, atât a teoriei, cât și a descoperirilor empirice pentru a realiza

maximum de flexibilitate si eficienta atunci cand suntem ghidati de un cadru teoretic. In mod evident, hipnoterapia cognitiva intalneste criteriul pentru un model asimilativ al psihoterapiei. Hipnoterapia poate acum fi recunoscuta formal caun adjuvant valid pentru psihoterapia cognitiva. Este importanta recunoasterea domeniului hipnozei clinice.

Spre deosebire de alte carti despre hipnoterapie, aceasta carte sustine abordarea formularii unui caz pentru practica clinica. Un astfel de model de practica perite asimilarea unor tehnici bazate pe descoperiri empirice, mai curand decat utilizarea tehnicilor bazate pe hazard. Evidenta sugereaza ca potrivirea tratamentului la caracteristicile uni pacient particular imbunatatest rezultatul.

Fiecare capitol clinic se concentreaza pe o tulburare emotionala particulara si ofera in mod detaliat, pas cu pas protocolul de tratament. Protocolul de tratament, bazat pe ultima evidenta empirica, furnizeaza un *design suplimentar* pentru studierea efectelor siplimentare ale hipnozei. Protocoalele de tratament sunt detinate specific, intr-un mod structurat, pentru a permite validarea eficientei clinice ale adaugarii unei componente de hipnoterapie la terapia cognitiv-comportamentala. Un *design suplimentar* implica o strategie in care tratamentul trebuie sa fie testata si adugat la alt tratament pentru a determina daca tratamentul adaugat produce o imbunatatire crescuta peste primul tratament.

Mai mult, care furnizeaza un cadru pentru integrarea celorlalte forme de psihoterapie cu hipnoterapia. Hipnoterapia cognitiva, ca un model asimilator de interventie psihologica, alege terapia cognitiv-comportamentala ca psihoterapia gazda pentru integrare, deoarece terapia cognitiv-comportamentala indeplineste criteriul pentru teoria stiintifica; este validata empiric si constituie o teorie de psihoterapie si psihopatologie. Teoria este esentiala pentru practica clinica, c fara teorie, practica de psihoterapie devine un exercitiu pur tehnic, lipsit de orice baza stiintifica. Desi hipnoterapia cognitiva indeplineste criteriul pentru un model asimilator de psihoterapie, nu este vazuta ca un produs terminat, ci ca un proces in evolutie. Necesita mai multa validare empirica; fara validare empirica nu este posibil sa se stabileasca daca importarea tehnicilor hipnotice de catre terapia cognitiv-comportamentala are un impact pozitiv asupra terapiei, in special atunci cand tehnicile sunt decontextualizate si plasate intr-un nou cadru. Numai prin validarea empirica aceasta asimilare ineficienta si idiosincrazica poate fi evitata. Cartea ofera cateva protocoale structurate si bine descrise de hipnoterapie cognitiva, care pot fi usor validate empiric.

Luand in considerare ca hipnoza moderna si-a facut aparitia de peste un sfert de secol, fundatia empirica relativa a hipnozei clinice nu este foarte solida si

hipnoterapia este departe de a fi recunoscuta ca psihoterapie principala. Pentru a creste credibilitatea si utilizarea hipnozei clinice, baza empirica a hipnoterapiei trebuie sa fie pe larg stabilita. Exista o nevoie imediata pentru mai multa cercetare, pentru evaluarea eficacitatii hipnoterapiei, atat in conditii medicale, cat si psihologice, fie ca tratament singular, fie ca parte a unei modalitati multiple de tratament. Odata ce aceasta eficacitate este stabilita, utilizarea hipnoterapiei poate fi imbunatatita si cererea pentru a servi ca un tratament nonbiologic poate fi argumentata. Speram ca aceasta carte, recunoscand formal hipnoterapia ca un adjuvant valid pentru psihoterapie, va servi ca o trambulina pentru mai multe studii suplimentare ale hipnozei clinice. Speram de asemenea ca cititorii vor gasi asimilarea unora din tehnicile de tratament descrise in carte, atat inovatoare, cat si bogata din punct de vedere clinic. De exemplu, capitolul 5, prin integrarea terapiei cognitiv- comportamentale, hipnoterapiei si imageriei represcriind terapia, a furnizat un tratament bazat pe evidenta multiplu, concentrat pe imagerie, pentru reducerea simptomelor PTSD, schimbând credintele negative si imbunatatind abilitatea de a supravietui traumei pentru calmul de sine si grija de sine. Capitolul 6 abordeaza interfata dintre psihiatrie si dermatologie si furnizeaza un cadru pentru utilizarea psihoterapiei cognitive intr-un domeniu nou, al *medicinii psihocutanate*. Capitolul 9 descrie aplicarea hipnoterapiei cognitive la contextul disfunctiei erectile, al „revolutiei Viagra” si discuta cai inovatoare ale furnizarii tratamentului pentru disfunctia erectila in contextul medicinei sexuale.

Assen Alladin
Calgary, Alberta, Canada
Februarie, 2008

Capitolul 1

Motivul pentru integrarea hipnozei si terapiei cognitiv-comportamentale in managmentul tulburarilor emotionale

Introducere

Aceasta carte adopta pozitia prin care un tratament eficient, imbunatatit exista cand terapia cognitiv-comportamentala este integrata cu hipnoza in managmentul tulburarilor emotionale. Desi multi clinicieni au combinat hipnoza cu variate psihotrapii abordarea pentru integrare a fost extinsa pentru a fi arbitrara si idiosincrazica la o directie mai curand foarte sistematica prin teoria integrata coerent. Deoarece hipnoza nu este o scoala de terapie si nu furnizeaza o teorie de personalitate, psihopatologie sau schimbare de comportament, hipnoterapeutii au combinat tehnicile lor cu o varietate de psihoterapii, ca de exemplu psihoterapia cognitiv-comportamentala (Ex. Alladin, 1994, 2006, 2007; Bryantsi colaboratorii, 2005; Golden, 2006), terapia multimodala (Lazarus, 1973), psihanaliza (ex., Fromm & Nash, 1996) si terapia comportamentala rational-emotiva (ex. Ellis, 1986, 1993, 1996). Conform cunostintelor mele nici unul dintre scriitori nu a dezvoltat un model integrativ coerent de psihoterapie, care sa asimileze hipnoza cu terapia cognitiv-comportamentala.

Am dezvoltat un model teoretic si de lucru, numit *Modelul Disociativ Cognitiv al Depresiei* (Alladin, 1994, 2006, 2007), care a furnizat motivul pentru combinarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala in managmentul depresiei. De la acest model a evoluat *Hipnoterapia Cognitiva*, o abordare multimodala pentru tratamentul depresiei, in principal constand din tehnici ale terapiei cognitiv-comportamentale si hipnozei (Alladin, 1994, 2006, 2007). Abordarea hipnoterapiei cognitive pentru integrare este similara cu terapia integrativa bazata psihodinamic, dezvoltata si descrisa de Gold si Stricker (2001, 2006). Gold si Stricker (2001, 2006) au dezvoltat un model care asimilator de psihoterapie, care integreaza metodele psihodinamice standard cu celelalte terapii atunci „cand le-am utilizat pentru anumite scopuri psihodinamice avansate la fel ca si utilizarea unei scop in ceea ce priveste preocuparea pentru eficienta” (Gold si

Stricker, 2006, p. 12). In acest capitol hipnoterapia cognitiva este conceptualizata ca un model asimilator de psihoterapie.

Hipnoterapia cognitiva utilizeaza terapia cognitiv-comportamentala ca o teorie de baza pentru integrare, deoarece teoria cognitiva furnizeaza o teorie unificatoare de psihoterapie si psihopatologie si integreaza eficient teoria si practica clinica. Absenta unei teorii bune poate fi problematica asa cum este probabil si lipsa unei coerente conceptuale (Bergin & Garfield, 1994). O alta distinctie caracteristica a terapiei cognitiv-comportamentale este ca este din punct de vedere tehnic eclectic. Desi cele mai multe din tehnicile utilizate de terapia cognitiv-comportamentala sunt comportamentale sau cognitive, combina in mod ritinier tehnici din variate psihoterapii. Alford si Beck (1997, p. 90) scriu: „, orice tehnica clinica care este utila in facilitarea investigatiei empirice a interpretarilor si concluziilor maladaptative ale pacientilor poate fi incorpotrata in practica clinica a terapiei cognitive”. Totusi, tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale nu sunt alese prin hazard. Ele sunt selectate in contextul formularii unui caz cognitiv care este utilizat pentru a ghida practica terapiei cognitiv-comportamentale pentru fiecare caz individual (Needleman, 2003; Prsons, 1989; Persons & Davidson, 2001, Persons, Davidson & Tompkins, 2001). Evidenta sugereaza ca potrivirea tratamentului la caracteristicile uni pacient particular imbunatateste rezultatul (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000). Alford si Beck (1997, p. 91) au mers mai departe spunand:

Natura eclecticica din punct de vedere tehnic a terapiei cognitive a fost descrisa anterior asa cum urmeaza:” Lucrand cu cadrul modelului cognitiv, terapeutul formuleaza abordarea sa terapeutica conform cu nevoile specifice ale pacientului dat, intr-un moment particular. Astfel, terapeutul poate conduce terapia cognitiva, chiar daca el utilizeaza in mod predominant tehnicile comportamentale sau abreactive (eliberare emotionala)” (beck si colaboratorii, 1979, p.117). Tehnicile pot fi selectate din celelalte abordari psihoterapeutice, care au fost furnizate, indeplinind urmatoarele criterii: (1) metodele constau din principiile terapiei cognitive si sunt logic raportate la teoria schimbarii terapeutice; (2) alegerea tehncilor este bazata pe conceptualizarea comprehensiva a cazului care ia in considerare caracteristicile pacientului (capacitatea introspectiva, abilitati de rezolvare a problemei etc); (3) sunt angajate empirismul colaborativ si este ghidata descoperirea; (4) structura interviului standard este urmata daca nu exista factori care sa argumenteze puternic impotriva formatului standard (Beck,1991).

Deoarece terapia cognitiv-compotamentala este eclecticica din punct de vedere tehnic adopta multiple abordari pentru formularea cazului si tratamentului,

ofera un excelent cadru pentru integrarea strategiilor hipnotice si cognitive cu o varietate de sindroame. Se spera ca abordarea integrata descrisa in acest capitol furnizeaza o intelegere clara a modului cum utilizam tehnicile hipnotice pentru a imbunatati tratamentul eficient si a modului de a utiliza hipnoza ca un tratament adjuvant in contextul terapiei cognitiv-comportamentale. Inainte de a discuta despre motivul pentru integrarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala, in managmentul tulburarilor emotionale, teoriile integrarii psihoterapiei sunt revizuite pentru a furniza cititorilor un anumit cadru de informatie asupra miscarii integrarii psihoterapiei.

Miscarea integrarii psihoterapiei

De decenii, domeniul psihoterapiei a fost marcat de divizarea profunda si segregarea teoriilor si metodelor. Acest sentiment este elocvent descris de Gold si Stricker (2006, p 3-4):

Psihoterapeutii unei orientari sau alteia au detestat sa invete de la colegii lor. Comportamentul nostru colectiv pare sa fie guvernat de o teama xenofoba puternica, iar aceasta detestare a cauzat alungarea imediata si reflexiva a abordarilor psihoterapiei care au fost diferite de cele ale noastre. Cand psihoterapeutii unei anumite orientari a si-au asmat de fapt faptul de a nu observa munca unei alte scoli de psihoterapie, ei au facut asta cu dispret si ostilitate. Literatura clinica si de cercetare a fost plina in primul rand de rapoarte destinate sa demonstreze ca scriitorul prefera o anumita orientare de psihoterapie clinica in afara celei prformate de ceilalti pe care teoria autorului a fost cea mai buna in termenii unei acuratete si sofisticari teoretice.

Din pacate, au fost cativa puonieri in domeniu, care au incercat sa integreze diferite forme de psihoterapie. De exemplu, French (1993) a incercat sa sintetiozeze ideile din conditionarea clasica cu teoria psihanalitica. Dollard si Miller (1950) au integrat ideile centrale despre motivatia si conflictul inconstiente cu cu conceptele rezultate din teoriile invatarii; Si Watchel (1977) a integrat psihanaliza cu teoria comportamentala. In timpul ultimului deceniu al secolului 20, interesul privind miscarea integrarii psihoterapiei a fost ales si a culminat cu formarea Societatii de Explorare a Integrarii Psihoterapiei, cu fundarea *Jurnalului de Integrare a Psihoterapiei* in 1991 si publicarea a doua carti cu privire la integrarea psihoterapiei: *Carteacu privire la integrarea Psihoterapiei* (Norcross si Goldfried, 1992) si *Cartea Comprehensiva cu privire la Integrarea Psihoterapiei*

(Stricker si Gold, 1993). Aceste carti au acoperit cele mai multe din terapiile integrative importante disponibile in acel moment si au mers dincolo de concentrarea exclusiva asupra sintetizarii modelelor psihanalitice si comportamentale. Tendinta curent in ceea ce priveste terapiile integrative este de a combina modelele umanist, experiential si sistemica familiala cu fiecare cealalta si cu psihanaliza sofisticata, componentele comportamentale si umaniste ale tratamentului in permutari chiar mult mai complexe” (Gold & Stricker, 2006, p. 8). Capitolu amesteca hipnoza cu terapia cognitiv-comportamentala si propune o *hipnoterapie cognitiva* ca un model asimilator de psihoterapie pentru managementul tulburarilor emotionale. Norcross si Newman (1992) au identificat opt factori care au promovat integrarea psihoterapiei in ultimii 20 de ani:

1. A existat o proliferare in numarul de scoli de psihoterapie.
2. A exista o intoarcere neunivoca catre suportul empiric pentru superioritatea unei singure psihoterapii.
3. Inabilitatea unei teorii de psihoterapie de a explica complet si de a prezice psihopatologia.
4. Cresterea exponentiala a psihoterapiilor pe termen scurt.
5. Cresterea comunicarii intre clinicieni si scoli.
6. Intoarcerea la suportul psihoterapiei pe termen lung pentru platitorii celei de-a treia parti.
7. Recunoasterea unor factori comuni in toate psihoterapiile care sunt raportate la rezultat.
8. Dezvoltarea jurnalelor, conferintelor si organizatiilor profesionale dedicate integrarii psihoterapiei.

Modele ale integrării psihoterapiei

Integrarea psihoterapiei poate fi definită ca „cautarea și studierea cailor prin care variate școli și modele de psihoterapie pot informa, îmbogăți și în ultimul rând combina, mai mult decât o teorie sau metoda specifice de psihoterapie” (Gold & Stricker, 2006, p. 8). Din literatura curentă în ceea ce privește integrarea psihoterapiei, patru modele de integrare pot fi identificate, incluzând *tehnicele eclectismului, abordarea factorilor comuni integrarea teoretică și integrarea asimilatoare*. Fiecare din aceste modele de integrare a psihoterapiei este pe scurt revizuită înainte de a descrie hipnoterapia cognitivă, ca model asimilator care combină terapia cognitiv-comportamentală cu tehnicile hipnotice.

Modelul integrării eclectismului tehnic

Eclectisultehnic se referă la psihoterapia eclectică care este empiric bazată pe abordarea care susține combinarea selectivă a celor mai bune tehnici, fără să ia în considerare originea teoretică și le aplică într-un asemenea mod pentru a maximiza rezultatele terapeutice pentru un client specific în cât mai scurt timp posibil (Lampropoulos, 2001). Eclectismul tehnic poate fi abordat hazardat, arbitrar, idiosincrazic sau foarte sistematic, acolo unde tehnicile alese se bazează pe ocunoastere clinică și pe descoperirile cercetărilor, pentru a le potrivi la nevoile pacientului. Terapia multimodală (Lazarus, 1992, 2002) și psihoterapia prescriptivă (Beutler și colaboratorii, 2002) sunt cele două cele mai bine cunoscute versiuni ale tehnicilor eclectice ale psihoterapiei. *Terapia multimodală* a fost dezvoltată de către Lazarus care nu a fost încântat de limitele terapiei comportamentale tradiționale și a decis să dezvolte o teorie de comportament cu un spectru larg, suplimată de intervenții cognitive, experiențiale și bazate pe imaginerie. *Psihoterapia prescriptivă*, dezvoltată de Beutler și colaboratorii (2002) este un sistem condus flexibil și empiric în care terapeutul potrivește preocuparea pacientului cu intervențiile cele mai eficiente, trase din variate orientări terapeutice. Deși eclectismul tehnic permite flexibilitatea pentru a deduce tehnici din diferite școli de terapie, modelul prezintă unele probleme serioase. În primul rând, Din moment ce nici o terapie integrativă nu este raportată la vreo teorie de personalitate și psihopatologie, un cadru pentru explicarea și prezicerea comportamentului și schimbării umane lipsește. În al doilea rând, eclectismul este adesea practicat

deoarece o tehnica terapeutică poate fi ușor desprinsă de cadrul contextual și rapid transportată la alt context fără luarea în considerare a unor noi contexte psihoterapeutice (Lazarus și Messer, 1991). În al treilea rând, este foarte problematic de a evalua din punct de vedere tehnic eclectismul. Deoarece o multitudine de interacțiuni sunt implicate în eclectismul empiric, este foarte dificil de a determina eficiența relativă a fiecărei componente de tratament inclusă.

Factorii comuni ai abordării modelului integrării

Factorii comuni ai abordării integrării psihoterapiei sunt bazati pe pe descoperirea lui Rosenzweig (1936) că toate terapiile implică anumite procese ale schimbării, indiferent de orientarea lor teoretică. Terapeutică operează cu principiile comune ale schimbării care strabat diferite terapii cauta factorii comuni care pot fi cei mai importanți în tratamentul pacienților lor. De exemplu, un principiu comun în multe forme de psihoterapie constă în ajutarea clienților de a deveni conștienți de provocarea criticării de sine. Factorii comuni ai abordării integrării psihoterapiei au generat o cercetare considerabilă, care a produs câteva liste de factori comuni propuși și a facilitat o apropiere între diferite terapii (Lamprou, 2001). Totuși, datorită unor probleme metodologice serioase, recent nu a existat o mai mare dezvoltare în cercetarea și practica asupra abordării factorilor comuni.

Una din problemele principale ale acestei abordări a fost legată de principiile comune. Deși, un factor comun poate părea similar la suprafață, la o inspecție mai apropiată poate fi reprezentată de diferențe importante. De exemplu, factorii comuni legați de conștientizarea clienților a criticării de sine menționată mai sus sunt înțeleși și realizați diferit în contextul diverselor psihoterapii. În contextul psihoterapiei cognitiv-comportamentale, criticarea de sine este văzută ca o gândire maladaptativă, care trebuie să fie recunoscută, controlată și eliminată prin restructurarea cognitivă. Prin contrast, în gestaltterapie, criticarea de sine este considerată a fi un aspect al sinelui care trebuie să fie recunoscut și apoi integrat cu celelalte părți ale sinelui, care poate fi realizată prin tehnica „scaunului gol”. (Sfrin & Messer, 1997).

Modelul integrării teoretice

În această formă de integrare, teorii diferite sunt combinate într-o încercare de a construi un cadru nou sau supraordonat teoretic care poate ghida plin de înțeles cercetarea și practica. Cel mai bun exemplu al acestui tip de integrare este

psihodinamica ciclica a lui Wachtel (Wachtel, 1977, 1997), care asimileaza teoriile psihanalitice si comportamentale intr-un cadru psihodinamic interpersonal. Modelul recunoaste si utilizeaza intarirea si principiile invatarii sociale, astfel permitand terapeutului sa utilizeze sistemele comportamental, cognitiv si interventiile experientiale in contextul terapiei psihodinamice.

Lampropoulous (2001) a articulat patru slabiciuni raportate la modelul integrarii teoretice a psihoterapiei:

- (a) desi scopul acestui model este de a integra cat mai multe teorii posibile, existenta modelelor avut succes in combinarea doar a doua sau trei teorii.
- (b) Concentrarea pe existenta modelelor integrarii teoretice este asupra doar a tulburarilor psihologice specifice, astfel neglijand categoriile de diagnostic.
- (c) Din cauza diferentelor teoretice inerente si a contrastului in ceea ce priveste viziunea supra lumii, integrarea teoretica prezinta multe dificultati.
- (d) Integrarii teoretice ii lipseste validarea empirica sistematica.

Modelul integrarii asimilatoare

In acest model al integrarii psihoterapiei, terapeutul mentine o pozitie teoretica centrala, dar incorporeaza sau asimileaza tehnici din alte scoli de psihoterapie (Gold si Stricker, 2006). Este descris cel mai recent model de integrare a psihoterapiei in literatura, dedus, atat din integrarea teoretica, cat si din eclectismul tehnic. Aceasta abordare de integrare este bine ilustrata de psihodinamica, bazata pe terapia integrativa, dezvoltata si descrisa de Gold si Stricker (2001,2006). In aceasta abordare, „terapia procedeaza conform standardelor liniilor de ghidare psihodinamice, dar metodele din alte terapii sunt utilizate atunci cand sunt cautate, si ele pot in mod indirect avansa anumite scopuri psihodinamice, la fel ca si preocuparea eficienta pentru scop” (gold & Stricker, p.12).

Messer (Lazzarus si Messer, 1991; Messer, 1992) argumenteaza ca atunci cand tehnicile din diferite teorii sunt incorporate intr-o oriebatate teoretica preferata, atat teoria gazda, cat si tehnica incorporata interactioneaza una cu alta, pentru a produce un nou model asimilator. Integrarea asimilatoare este considerata a fi cel mai bun model pentru integrarea, atat a teoriei, cat si a descoperirilor empirice pentru a realiza maximum de flexibilitate si eficienta sub o ghodare a

cadrului teoretic (Lampropoulous, 2001). Abordarea hipnoterapiei cognitive pentru a trata tulburările emotionale descrise în această carte este conceptualizată ca un model de integrare asimilator al psihoterapiei.

HIPNOTERAPIA COGNITIVA CA UN MODEL DE INTEGRARE ASIMILATOR AL PSIHOTERAPIEI

În mod tradițional practica hipnozei a îmbrățișat un cadru psihanalitic, deși Freud a abandonat hipnoza și a dezvoltat asociația liberă. La fel ca alte școli de terapie, hipnoterapeuții „clasici” au fost rezistenți la diluarea hipnoterapiei cu terapia comportamentală sau terapia cognitiv-comportamentală. Chapman (2006) a identificat câteva bariere care au împiedicat integrarea terapiei cognitiv-comportamentale cu hipnoza:

- Terapia cognitiv-comportamentală are tendința să utilizeze antrenamentul de relaxare sau procedurile imaginerii, mai curând decât hipnoza. Terapeuții cognitiv-comportamentaliști se întreabă adesea: „Cât de diferite sunt antrenamentul de relaxare și imagineria de hipnoza?” sau „Ce poate oferi hipnoza dincolo de antrenamentul de relaxare sau imaginerie?”
- Programele de formare pentru terapia cognitiv-comportamentală nu s-au gândit la hipnoza clinică sau nu au accentuat rolul hipnozei în terapie.
- Practicienii din alte modele teoretice, de exemplu, terapeuții psihodinamici au îmbrățișat hipnoza, dar nu au aprobat strategiile formale ale terapiei cognitiv-comportamentale, deși, adesea ei angajează tehnici ale terapeuților cognitiv-comportamentaliști (Golden, 1994).
- Diferitele puncte de vedere, ale concepției despre inconștient există printre diferite școli de terapie. Terapia comportamentală a respins în mod tradițional rolul inconștientului, în timp ce alte terapii, cum ar fi terapia psihodinamică, a îmbrățișat rapid inconștientul.
- Există lipsa acordului în ceea ce privește definirea hipnozei.
- Există lipsa acordului în ceea ce privește definirea terapiei cognitiv-comportamentale.

Cu toate acestea, unii clinicieni au încercat să combine hipnoza cu terapia comportamentală (ex. Clarke & Jackson, 1983; Kroger & Fezler, 1976; Lazarus, 1973) și hipnoza cu terapia cognitiv-comportamentală (ex. Alladin, 1994, 2006, 2007; Ellis, 1986, 1993; Golden, 1986, 1994, 2006). Conform cunoștințelor mele, nici unul din acești scriitori nu a încercat în mod formal să combine hipnoza cu terapia cognitiv-comportamentală, în afara de cele patru psihoterapii ale modelelor integrării descrise mai sus. Anterior, am descris modelul *cognitiv-disociativ* al depresiei (Alladin, 1994, 2006), recent revizuit și redenumit *Modelul de Feed-back Circular al Depresiei* (Alladin, 2007), pentru a stabili motivul teoretic pentru

utilizarea hipnoterapiei cognitive, hipnoza combinata cu terapie cognitiv-comportamentala, in managementul depresiei (Alladin, 1989, 1994, 2006, 2007). In acest capitol, hipnoterapia cognitiva este in mod formal conceptualizata ca un model asimilator al psihoterapiei pentru tulburarile emotionale.

Este doar potrivit sa luam in considerare hipnoterapia cognitiva ca un model de integrare asimilator al psihoterapiei, din moment ce indeplineste cele sase criterii pentru integrarea asimilatoare expuse de catre Lampropoulos (2001), incluzand (a) validarea empirica a teoriei gazda; (b) tehnici importate bazate pe evidenta; (c) asimilare bazata empiric; (d) sensibilitate in ceea ce priveste asimilarea; (e) asimilare coerenta; si (f) validare empirica a terapiei asimilate.

Teorie validata empiric

Atat terapia cognitiv-comportamentala, cat si hipnoterapia cuprind cateva componente validate empiric. Una din cerintele pentru asimilarea integrativa este ca unele din componentele teoriei gazda a terapiei ar trebui sa fie validate empiric, sau cel putin, informate empiric. O buna teorie stiintifica ar trebui sa indeplineasca un numar de criterii, inclusiv consecventa interna, parcimonie in ceea ce priveste constructele explicative, sa poata fi testate si sa aiba scopul aplicarii clinice (Alford & Beck, 1997). Terapia cognitiv-comportamentala indeplineste aceste criterii si furnizeaza o pradaigma excelenta pentru practica clinica integrativa, deoarece constituie o teorie unificatoare de psihoterapie si psihopatologie. Teoria este esentiala pentru practica clinica, fara ca teoria practica a psihoterapiei sa devina un exercitiu pur tehnic, lipsit de orice baza stiintifica.

Teoria cognitiva a psihopatologiei si psihoterapiei vede *cognitia* ca fiind cheia pentru tulburarile psihologice. Alford si Beck (1997, p14) definesc *cognitia* ca „functia care implica inferente despre experientele cuiva si in legatura cu aparitia si controlul evenimentelor viitoare” si afirma ca teoria cognitiva „sugereaza importanta perceptiei fenomenologice a relatiilor dintre procesele identificarii si predictibilitatea motivelor complexe dintre evenimente, in asa fel incat sa faciliteze adaptarea la schimbarea mediului”. Terapia cognitiv-comportamentala este aplicarea teoriei cognitive de psihopatologie la cazul individual. Teoria cognitiva este referitoare la variate tulburari psihiatrice pentru a specifica variabile cognitive si include un set de principii formale, comprehensive sau axiome, incluzand:

1. *Scema* sau structurile cognitive obisnuite functionarii noastre psihologice sau adaptarea si conferirea unei semnificatii relatiei

contextuale.

2. Atribuirea unei semnificatii, daca nivelele constiente sau inconstiente, activate comportamental, emotional, attentional sau strategiile memoriei pentru adaptare.
3. Exista o relatie interactiva intre sistemele cognitive si celalte sisteme.
4. Fiecare categorie a semnificatiei are un *continut cognitiv specific* sau potentialul de a produce modele specifice de emotie, atentie, memorie si comportament.
5. Semnificatia nu reprezinta intotdeauna componente preexistente ale realitatii, ci constructia unui context dat sau a unui scop, si este de aceea subiect pentru *distorsiunile cognitive sau tendintele cognitive* (Semnificatii disfunctionale sau maladaptative). Distorsiunile cognitive pot produce erori, fie in continutul cognitiv (semnificatie), fie in procesarea cognitiva (elaborarea semnificatiei) sau in ambele.
6. Unii indivizi sunt vulnerabili (predispozitie sau diateza) pentru distorsiunile cognitive specifice. Vulnerabilitatile cognitive specifice predispun indivizii catre sindroame specifice.
7. Psihopatologia rezulta din *triada cognitiva* sau distorsiunile cognitive referitoare la sine, lume (contextulmediului) si viitor (scopuri). Fiecare tulburare psihologica manifesta distorsiuni cognitive specifice asociate cu componentele triadei cognitive.
8. Doua nivele de semnificatie – *semnificatia publica* si *semnificatia personala* – pot fi atasate la orice eveniment. Semnificatia publica a unui eveniment are cateva implicatii majore pentru individ, pe cata vreme cea personala sau privata are implicatii semnificative pentru ca, probabil, persoana sa aiba acces la triada cognitiva.
9. Procesarea cognitiva implica trei nivele de procesare, incluzand (a) procesarea preconstienta, neintentionata sau automata; (b) procesarea constienta; si (c) procesarea metacognitiva, care include raspunsuri „realiste” sau „rationale”. Nivelul constient de procesare este utulizat predominant in terapia cognitiv-comportamentala..
10. Schema are o structuri teleonomice; aceasta inseamna ca ele faciliteaza adaptarea individului la mediu. O stare psihologica data nu este de aceea nici adaptativa, nici maladaptativa in sine, ci doar in relatie cu contextul social larg sau cu contextul mediului persoanei.

In plus, terapia cognitiv-comportamentala furnizeaza un limbaj comun pentru integrarea psihoterapiei.

O cercetare a 58 de membri ai Societati pentru Explicarea Integrarii Psihoterapiei condusa de Norcross si Thomas (1988) a descoperit absenta unui limbaj comun ca

fiind raspunzator pentru cele mai severe impedimente pentru integrarea psihoterapiei. Constructele terapiei cognitiv-comportamentale sunt compatibile cu cu scolile divergente de psihoterapie. Terapia cognitiv-comportamentala utilizeaza limbajul si conceptele obisnuite din psihologia cognitiva care sunt larg utilizate de catre terapeuti din diferite/ variate orientari. In timp ce limbajul obisnuit este aplicabil de cateva generatii, conceptele cognitive, cum ar fi „schema”, „scripturile” si „metacognitie” descriu fenomenul terapeutic observat de diferite psihoterapii. Conform lui Kazdin (1984, p.163), conceptele psihologiei cognitive „se confrunta cu semnificatia evenimentelor care insotesc procesul si cu modul de structurare si interpretare a experientei. Ele pot insoti afectul, perceptia si comportamentul. Consecvent, procesele cognitive referintele lor, probabil furnizeaza locul in care golul dintre viziunile psihodinamica si comportamentala este marit.

Tehnici importate bazate pe evidenta

Al doilea criteriu pentru cerintele asimilarii integrative este ca tehnicile sa fie sintetizate intr-o teorie gazda, sa fie empiric sustinute, sau cel putin empiric informate, in liniile de ghidaj ale cercetarii propuse de Asociatia de Psihologie Americana (APA). Hipnoza a fost utilizata intr-o forma sau alta, pentru a usura durerea si suferinta, din timpuri preistorice. Revizuirea unor studii bine controlate empiric asupra rolului hipnozei in tratamentul variatelor conditii medicale si psihiatrice furnizeaza o dovada convingatoare pentru eficienta clinica a hipnozei (Alladin, 2007; Byan si colaboratorii 2000, Punnell & Covine, 2000). Eficacitatea hipnozei in managementul durerii a fost chiar mai remarcabila. O meta-analiza a incercarilor controlate de analgezic hipnotic demonstreaza ca hipnoterapia poate furniza usurarea pentru 75% dintre pacientii studiati (Montgomery, DuHammel & Redd, 2000). Alte revizuri comprehensive ale incercarilor clinice din literatura indica ca hipnoterapia este eficienta, atat in durerea acuta, cat si cronica (Elkins, Jensen & Patterson, 2007; Patterson & Jensen, 2003). Asociatia Psihiatrica Americana recunoaste hipnoza ca un instrument terapeutic legitim. Nu este de aceea surprinzator ca hipnoza poate fi utilizata ca un tratament adjuvant cu o varietate de conditii psihiatrice, incluzand anxietate, depresie, tulburari disociative, tulburari somatoforme, tulburari de alimentatie, tulburari de somn si tulburari sexuale.

In plus, exista o anume dovada empirica pentru combinarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala. Shoeneberg (2000), prin revizuirea statutului empiric al utilizarii hipnozei in conjunctie cu programele de tratament cognitiv-comportamentale. Concluzioneaza ca existenta studiilor demonstreaza in mod substantial beneficiile adaugarii hipnozei la tehnicile cognitiv-comportamentale. In

mod similar Kirsch, Montgomery si Sapirstein (1995), din meta-analiza lor a 18 studii comparand un tratament cognitiv-comportamental cu același tratament, suplimentata de hipnoza, au descoperit marime efectului semnificativ al diferentei intre tratamentul hipnotic si non-hipnotic a fost de 0,87 variatie standard. Autorii au concluzionat ca hipnoterapia a fost in mod semnificativ superioara tratamentului non-hipnotic. Alladin si Alibhai (2007) au demonstrat efectul suplimentar al combinarii hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala in managementul depresiei cronice. Studiul a indeplinit, de asemenea criteriul pentru *probabilitatea eficientei* tratamentului pentru depresie asa cum a fost stabilit de Asociatia de Psihologie Americana (APA) si a furnizat validarea empirica pentru integrarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala in managementul depresiei. In mod similar, Bryant si colaboratorii (2005) au demonstrat ca hipnoza combinata cu terapia cognitiv-comportamentala este mult mai eficienta decat terapia cognitiv-comportamentala si consilierea suportiva in tratamentul unei tulburari de stress acute.

Asimilarea bazata empiric

Circumstantele si motivul pentru selectarea tehnicilor care sa fie asimilate ar trebui sa fie ghidate empiric. Alladin (2007) a listat 19 forte legate de hipnoza care pot fi usor integrate cu terapia cognitiv-comportamentala. Acele tehnici care adauga forte la hipnoterape si sunt empiric informate sau sustinute sunt enumerate mai jos.

Hipnoza adauga o parghie tratamentului

Cand s-a utilizat in mod corespunzator, hipnoza adauga o parghie la tratament si scurteaza timpul de tratament (Dengrove, 1973). Schimbarile rapide sunt atribuite schimbarilor vioaie, profunde comportamentale, emotionale, cognitive si psihologice care sunt aduse de hipnoza (De Piano & Salzberg, 1986). Hipnoterapeutii observa in mod rutinier astfel de schimbari rapide la pacientii lor, care sunt succint prezentate de Yapko (2003, p. 106):

„Am lucrat cu multi oameni care au plans de fapt cu lacrimi sau s-au bucurat si sa-u simtit usurati intr-o sedinta, pentru a avea oportunitatea de a cunoaste relaxarea, sa se simta confortabil si sa fie pozitivi, cand, in mod obisnuit cunosteau doar durere si disperare.”

Hipnoza serveste ca un puternic placebo

Pentru majoritatea pacientilor, hipnoza serveste ca un puternic placebo.

Lazarus (1973) si Spanos si Barber (1974, 1976) au furnizat dovada ca procedurile de inducere a transei hipnotice sunt benefice pentru acei pacienti care cred in eficacitatea sa. Exista un corp considerabil de dovezi ca atitudinile pozitive ale pacientilor si credintele acestora despre un tratament poate avea un profund efect terapeutic, atat in conditii medicale, cat si psihologice (Harrington 1997). Asemenea observatii l-au condus pe Kirsch (1985, 2000) sa dezvolte modelul sociocognitiv al hipnozei, cunoscut ca *teoria setului de raspuns*. Kirsch a furnizat dovezi empirice considerabile pentru a sustine ca hipnoza, ca efectul pozitiv al hipnozei se datoreaza expectantei pozitive a pacientului. Totusi, studiile asupra analgeziei induse hipnotic l-au condus pe Goldstein si Hilgard (1975), Spiegel si Albert (1983) sa indice clar ca reducerea hipnotica a durerii nu este datorata efectului placebo, accentuand inocularea sau schimbarile a nivelelor de endorfine. In plus, exista o dezvoltare a literaturii care furnizeaza dovezi empirice pentru eficacitatea hipnoterapiei cu o varietate de tulburari medicale si psihologice (vezi Lynn si colaboratorii, 2000; Lynn si Kirsch, 2006; Yapko, 2003). Daca hipnoza functioneaza prin efectul placebo sau prin influentarea raspunsurilor comportamentale si psihologice, terapeutul sensibil poate crea atmosfera potrivita pentru a capitaliza asupra sugestibilitatii si efectelor expectatiei pentru a mari castogurile terapeutice (Erickson & Rossi, 1979), Kirsch (1999, p.216), accentueaza ca efectul placebo nu este ceva ce trebuie sa fie evitata furnizat pentru a evita deceptia. In schimb, terapeutii ar trebui sa incerce sa maximizeze impactul acestui mecanism psihologic puternic.

Hipnoza rupe rezistenta

Sugestiile hipnotice indirecte pot fi furnizate pentru a rupe rezistenta pacientilor (Erickson si Rossi, 1979). De exemplu, un pacient opozitional (pentru sugestie) Poate fi instruit i(in mod paradoxal) sa continua sa reziste, ca o strategie pentru a obtine conformarea.

Hipnoza adopta o puternica alianta terapeutica

Experienta hipnotica repetata adopta o puternica alianta terapeutica (Brown si Fromm, 1986). Indictia cu talent sau experientele pozitive, in special atunci cand pacientii le percep ca aparand din propriile lor resurse interioare, dau pacientilor o mare incredere in propriile abilitati si ii ajuta sa adopte increderea in relatia terapeutica.

Hipnoza faciliteaza transerul rapid

Hipnoza induce relaxarea, care este eficienta in reducerea anxietatii, facand ca pacientul sa gandeasca mai usor si sa discute materialele pe care ei le gaseau anterior ca fiind prea anxioase ca sa se confrunte cu ele. Uneori, pacientii anxiosi si agitati sunt atat de incapabili sa descopere gandurile si emotiile lor maladaptative. Dar, odata ce ei inchid ochii si se relaxeaza, multi din acesti indivizi par sa devina mult mai constienti de gandurile si sentimentele lor. Totusi relaxarea, hipnoza de asemenea reduce distragerea si maximizeaza capacitatea de a se concentra, care imbunatateste invatarea unor noi materiale. Experienta relaxarii este in mod particular utila pentru pacientii care au anxietate comorbida. De exemplu, multi depresivi experimenteaza anxietate; aproximativ 50-76% din depresivi au tulburare de anxietate comorbida (vezi Dozois & Westra, 2004).

Hipnoza intareste Eul

Intarirea Eului este o abordare prin care sugestii pozitive sunt repetate de catre cineva care crede ca aceste sugestii vor deveni implantate in inconstient si exercita o influenta automata asupra sentimentelor, gndurilor si comportamentului. Intarirea Eului este incorporata in hipnoterapie pentru a imbunatati increderea in sine a pacientului si grija de sine (Heap & Aravind, 2002). Alladin (1992) a subliniat ca deperesivii tind sa se angajeze in auto-hipnoza negativa si Araoz (1981, 1985) considera ca auto-hipnoza negativa este comuna celor cu probleme pihogene. Mult mai recent, Nolen- Hoeksema si colegii sai (vezi Nolen – Hoeksema, 2002 pentru revizuire) au furnizat dovezi empirice ca indivizii care rumineaza in cea mai mare parte in raspunsul la tristetea lor sau dispozitiile depresive au amintiri mult mai negative si distorsionate ale trecutului, prezentului si viitorului. Aceste ruminatii sau dispozitii devin apoi crescut negative si sunt lipsiti de speranta in gandirea lor rezultand simptomele depresive protejate.

Sugestiile de intarire a eului sunt oferite pentru a contracara sugestiile hipnotice negative. Alladin si Heap (1991, p58) considera ca intarirea eului poate fi „o cale de a exploata experienta pozitiva a hipnozei si relatia pacient-terapeut pentru a dezvolta sentimente de incredere, optimism si imagine de sine imbunatatita.”

Hipnoza faciliteaza gandirea divergenta

Hipnoza faciliteaza gandirea divergenta prin maximizarea constientizarii catorva nivele ale functionarii creierului, maximizand concentrarea atentiei si concentrarea si minimizand distragerea si interferenta din partea celorlate surse ale stimulilor (Tosi si Baisden, 1984). Cu alte cuvinte, prin intermediul operatiilor divergente potentialul pentru alternativele invatarii este crescut.

Hipnoza directioneaza atentia catre largirea experientei

Hipnoza furnizeaza un cadru al mintii in care atentia poate fi directionata catre largirea experientei, cum ar fi sentimentele de caldura, sentimente de fericire, s.a.m.d. Hipnoza furnizeaza vehicolul pentru explorarea si extinderea experientei in prezent, trecut si viitor. Astfel de strategii pot imbunatati gandirea divergenta si facilita reconstructia „Realitatii” disfunctionale.

Hipnoza permite angajarea emisferei nedominante

Hipnoza furnizeaza intrarea directa in procesarea cognitiva a emisfereicerebrale drepte (la dreptaci), care acceseaza si organizeaza informatia experientiala si emotionala. De aceea, hipnoza poate fi utilizata pentru a invata restructurarea cognitiva si procesarea emotionala, influentata de emisfera cerebrala nedominanta.

Hipnoza permite accesarea proceselor neconstiente

Hipnoza permite accesarea proceselor psihologice , care se afla sub pragul constientizarii, astfel furnizand semnificatia restructurarii cognitiilor neconstiente.

Hipnoza permite integrarea functionarii corticale

Hipnoza furnizeaza vehicolul, prin care functionarea corticala si subcorticala poate fi accesata si integrata. Din moment ce subcortexul este sediul emotiilor, accesarea furnizeaza organizarea emotiilor primitive.

Hipnoza faciliteaza conditionarea imageriei

Hipnoza furnizeaza o baza pentru antrenamentul/conditionarea imageriei. Cand pacientul este hipnotizat, puterea imaginatiei este crescuta din cauza ca hipnoza, imageria si afectul sunt toate mediate, prin aceeasi emisfera cerebrala dreapta (Ley &Freeman, 1984). Sub hipnoza, imageria poate fi utilizata pentru urmatoarele motive:

- (a) desensibilizarea sistematica (in imaginatia pacientului cresc mecanismele de coping pentru situatiile dificile)
- (b) restructurarea proceselor cognitive la variate nivele de constientizare.
- (c) explorarea trecutului.
- (d) directionarea atentiei catre experientele pozitive.

Conform lui Boutin (1978), motivul pentru utilizarea hipnozei este ca intensifica imageria si restructurarea cognitiva. Lzarus (1999, p. 196) scrie:

Vorbind din punct de vedere clinic, utilizarea cuvantului *hipnoza* si aplicarea tehnicilor variate de hipnozapar sa creasca impactul metodelor iimageriei asupra clientilor susceptibili. Ele par de asemenea sa argumenteze puterea celor mai multe sugestii. Par sa aiba un efect veridic atunci cand clientii sugestibili isi imagineaza variate scene „sub hipnoza”.

Hipnoza induce visele

Hipnoza poate induce visele si creste amintirea viselor si intelegerea acestora (Golden, Dowd & Friedberg, 1987). Inducerea viselor furnizeaza un alt vehicol pentru acoperirea gandurilor, fanteziilor, sentimentelor si imaginilor maladaptative.

Hipnoza induce dispozitiile pozitive

Dispozitiile negative sau pozitive pot fi usor induse sub hipnoza si de aceea, pacientii pot invata, prin repetitie, strategii pentru controlarea afectelor negative sau inadecvate. Inducerea dispozitiei, poate de asemenea facilita amintirea. Bower (1991) a furnizat dovada ca anumite materiale pot fi usor amintite cand se cunoaste o dispozitie care coincide cu acestea (stare de dispozitie dependenta de memorie). Cercetarea lui Bower asupra starii de dispozitie dependente de memorie la condus sa propuna o teorie in ceea ce priveste reseaua asociativa, care afirma:

- (a) O emotie serveste ca o unitate de memorie care poate fi usot legata cu evenimentele care coincid.
- (b) Activarea acestei unitati de emotie poate aduga restabilirea evenimentelor asociate cu el.
- (c) Primeaza tema emotionala pentru utilizarea in asociatie libera, fanteziile si categorizarea perceptuala.

Inductia hipnotica repetata a dispozitiei pozitive poate conduce la dezvoltarea

unei cai antidepresive (Alladin, 2007; Schwartz, 1984). Goldapple si colaboratorii (2004) au furnizatau furnizat o dovada neuroimagistica pentru a arata ca terapia cognitiv-comporrtamentala produce schimari regionale corticale in tratamentul respondentilor.

In mod similar Kosslyn si colaboratorii (2000) au demonstrat ca hipnoza poate modula perceptia colorata. Investigatiile lor au aratat ca subiectii hipnotizati au fost capabili sa produca schimbari in functionarea creierului. (Scanare masurata prin PET) similar acelora care apar in timpul perceptiei vizuale. Aceste descoperiri sustin ptretentia ca sugestiile hipnotice pot produce schimari neuronale distincte corelate cu perceptia reala. In plus, Schwartz si colaboratorii (1976) au furnizat o dovada electromiografica ca, caile depresive pot fi dezvoltate prin concentrare cognitiva negativa, astfel incat ar fi posibil sa se dezvolte cai antidepresive sau fericite prin concentrare asupra imageriei pozitive (Schwartz, 1984). Din dovezile care urmeaza ar fi imposibil sa inferam ca afectul si imaginile pozitive, cuplate cu sugestii de intarire a egoului, produse prin hipnoza si tehnica inductiei dispozitiei pozitive pot provoca unele schimbari corticale in creierul subiectilor depresivi la o experienta hipnotica pozitiva repetitiva. Pentru a verifica extinderea si locul schimbarilor, mai multe studii implicand hipnoterapia si imaginea creierului sunt necesare.

Sugestii post-hipnotice

Hipnoza furnizeaza sugestii post-hipnotice, care pot fi foarte puternice in schimbarea comportamentelor problema, cognitiilor disfunctionale si emotiilor negative. Adesea, sugestiile post-hipnotice sunt utilizate pentru formarea comportamentului. Barrios (1973) considera sugestiile posthipnotice ca fiind o forma de conditionare „inalt ordonata”, prin care functiile intaririi pozitive sau negative cresc sau descresc probabilitatea comportamentelor dorite sau nedorite. Clark si Jackson (1983) au utilizat sugestiile posthipnotice pentru a creste efectul expunerii in vivo la agorafobici. Yapko (2003) considera sugestiile posthipnotice ca fiind foarte necesare procesului terapeutic, daca pacientii iau in considerare noi posibilitati in experienta viitoare. Din acest motiv, multi clinicieni utilizeaza sugestiile posthipnotice pentru a forma comportamentul..

Hipnoza imbunatateste antrenamentul in auto-hipnoza pozitiva

Antrenamentul de auto-hipnoza poate fi imbunatatit prin inductia hetero-hipnotica si sugestiile posthipnotice. Cele mai multe tehnici mentionate mai sus pot fi practicate sub auto-hipnoza, astfel adoptand auto-hipnoza pozitiva prin reflectarea preocuparii departe de auto-sugestiile negative. Pacientii cu variate

tulburari emotionale au tendinta sa rumineze in mod negativ, ceea ce poate fi considerat o forma de auto-hipnoza (Alladin, 1994, 2006, 2007; Araoz, 1981, 1985). De exemplu, Abramson si colegii (Abramson si colaboratorii, 2002) au examinat relatia dintre vulnerabilitatea cognitiva si Teoria lui Beck asupra depresiei. Ei au descoperit ca vulnerabilitatea cognitiva insoteste tendinta de ruminare negativa si ei au sustinut ca vulnerabilitatea cognitiva a indivizilor are un inalt risc de angajare in ruminare. Ruminarea depresiva implica reciclarea perpetua a gandurilor negative (Wenzlaff, 2004). Dovezile indica ca ruminarea negativa poate conduce la afect negativ, simptome depresive, gandire negativa, o slaba capacitate de rezolvare a problemelor, motivatie scazuta, si inhibitia comportamentului intrumental, concentrare si cognitie scazute si cresterea stresului si problemelor (vezi Lyubomirsky si Tkach, 2004). Ruminările depresive, in particular, sunt prinse intr-un cerc vicios. Prin ruminarea lor, ei devin incapabilii sa genereze solutii bune la probleme si de aceea ei se simt lipsiti de speranta in legatura cu a fi capabili sa-si schimbe viata (Nolen Hoeskema, 2002). Antrenamentul in auto-hipnoza pozitiva furnizeaza o strategie sau contraactiune pentru ruminările negative (Alladin, 2007).

Hipnoza creaza auto-eficacitate perceputa

Bandura (1977) crede ca expectatia sau auto-eficacitatea este centrala pentru toate formele de schimbare terapeutica. Experienta hipnotica pozitiva, cuplata cu credinta ca cineva are abilitatea de a experimenta hipnoza si o utilizeaza pentru a ameliora simptomele, ii da cuiva expectanta de auto-eficacitate. Auto-eficacitatea perceputa nu creaza doar un sentiment de speranta, ci de asemenea afecteaza rezultatul tratamentului (Lazarus , 1978).

Tehnicile hipnotice sunt usor exportate

Hipnoza furnizeaza o larga categorie de tehnici pe termen scurt care pot fi usor integrate ca un adjuvant cu multe foeme de terapie, ca de exemplu cu terapia cognitiv-comportamentala, terapia cognitiva, terapia developmentala, terapia psihodinamica, terapia suportiva s.a.m.d. Din moment ce hipnoza nu este in sine o terapie, efectele tratamentului specific vor fi contingente la abordarea terapeutica cu care este integrata. Cu toate acestea, relatia hipnotica poate mari eficacitatea terapiei in care hipnoza este utilizata ca un adjuvant la o forma particulara de terapie (Brown si Fromm, 1980)

Sensibilitatea in jurul asimilarii

Terapeutul ar trebui sa fie sensibil la procesul asimilarii, din moment ce nu toate tehnicile importate nu put fi usor asimilate la teoria cuiva, fara contradictia sau opozitia semnificatiilor sale centrale si a viziunii asupra lumii (Messer, 1989). De exemplu, tehnica regresiei, utilizata in mod obisnuit in hipnoterapie vine in contradictie cu una din principalele trasaturi ale terapiei cognitiv-comportamentale. In hipnoterapie, regresia este adesea utilizata pentru a avea acces la experientele inconstiente (Alladin, 2007, p 151-3) si este deja acceptata ca una care are afect, fara cognitie constienta, ceea ce este contradictoriu teoriei cognitive care sustine ca cognitia precede afectul. Terapeutul trebuie sa fie foarte sensibil la pacient, in mod particular la pacientul care este versat in terapia cognitiv-comportamentala, cand introducem regresia hipnotica pentru a avea acces la cognitiile inconstiente, alfel, pacientul va fi confuz si isi poate pune intrebari cu privire la credibilitatea terapiei sau integritatii terapeutului. Una din caile abordarii regresiei hipnotice este de a informa pacientul:

Nu intotdeauna, dar uneori este posibil ca noi sa fim suparati intr-o situatie fara sa stim de ce. Aceasta poate parea contrar fata de ceea ce am invatat in sedintele de terapie cognitiv-comportamentala. Este adevarat ca 99% din timp am fost capabili sa identificam cognitiile referitoare la evenimentul sau situatia care ne supara, dar in rare ocazii nu putem identifica gandurile referitoare la sentimentele noastre. Duminica trecuta este un bun exemplu – ai indicat ca erai suparat la nunta, dar nu stiai de ce, nu ai putut identifica cognitia. Regresia hipnotica este un instrument eficient pentru accesarea cognitiei inconstiente referitoare la eveniment sau situatie.

Asimilarea coerenta

Procesul integrarii asimilatoare ar trebui sa fie coerent sau compatibil din punct de vedere teoretic cu pozitiile si principiile majore ale teoriei principale de ghidare. Semnificatia care in final prodice integrarea asimilatoare este compatibila din punct de vedere teoretic cu teoria gazda, fara alterari seroase ale ei. Altfel poate rezulta una din aceste trei posibilitati (Lampropoulos, 2001): O noua terapie integrativa teortice evolueaza; un mod multimodal sau eclectic de terapie este

produs; si oun amestec de tehnici lipsite de semnificatie si contradictorii este asamblat. Hipnoza, nefiind o terapie, ci un manunchi de strategii pe termen scurt, este usor integrata cu terapia cognitiv-comportamentala, fara aletrari serioase a conceptualizarii teoretice a terapiei cognitiv-comportamentale. Descrierea lui Kirsch (1993, p.153) a hipnozei in contextul terapiei cognitiv-comportamentale intareste acest punct:

Utilizarea hipnozei in terapia cognitiv comportamentala este la fel de veche ca terapia comportamentului in sine. Wolpe si Lazarus (1966), de exemplu, au raportat utilizarea inductiilor hipnotice, in schimbul relaxarii progresive cu aproximativ 1-13 pacienti carora li s-a facut desensibilizare sistematica. Din perspectiva comportamental-cognitiva interventiile pot fi potentate pentru unii clienti. In mod special, hipnoza este probabil sa imbunatateasca efectele terapiei cognitiv-comportamentale la clientii cu atitudini pozitive si expectante pozitive fata de hipnoza.

Validarea empirica a terapiei asimilate

Fara validare empirica nu este posibil de a stabili daca importarea unei tehnici in terapia gazda are un impact pozitiv asupra terapiei, in special atunci cand tehnicile sunt decontextualizate si plasate intr-un nou cadru. Doar prin validarea empirica, crearea si practicarea unei integrari asimilatoare idiosincrazice, ineficiente poate fi evitata. In plus, validarea empirica poate conduce la reevaluarea modelului asimilativ. Cateva studii (de exemplu Alladin & Alibhai, 2007; Bryant si colaboratorii, 2005; Schoeneberger si colaboratorii, 1997) si reviste (Flammer & Alladin, 2007; Kiesch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Schoeneberger, 2000) au demonstrat eficacitatea combinarii hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala. Totusi, toate studiile au combinat cateva tehnici hipnotice cu terapia cognitiv-comportamentala. De exemplu, Alldin si Alibhai (2007) au utilizat relaxarea hipnotica, intarirea eului, expansiunea constientizarii su terapia cognitiv comportamentala in tratamentul depresiei. Fara mai multe studii care sa utilizeze o demontare a designului, nu exista nici o cale de cunoastere in care tehnicile au fost aficiente si care erau superfue.

HIPNOTERAPIA COGNITIVA CA UN MODEL DE INTEGRARE ASIMILATOR DE PSIHOTERAPIE

Din revizuirea modelelor integrative, ar aprea ca modelul asimilator furnizeaza cel mai bun mod de integrare a psihoterapiei. Exista multe motive pentru asimilarea tehnicilor hipnotice cu terapia cognitiv-comportamentala.

1. Terapia cognitiv-comportamentala indeplineste criteriul pentru integrarea asimilatoare propus de Lapropoulos (2001) incluzand dovada empirica pentru efectul suplimentar atunci cand terapia cognitiv-comportamentala este combinata cu tehnicile hipnotice (Alladin & Alibhai, 2007; Bryant si colaboratorii, 2005; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Schoeneberger, 2000; Schoeneberger si colaboratorii, 1997).
2. Hipnoterapia cognitiva permite terapeutilor cognitiv-comportamentalisti sa continue practicarea in cadrul antrenamentului lor, cunoasterii, investirii si orientarilor teoretice preferate, fara a pierde beneficiile sau eficienta tehnicilor generate de domeniul clinic al hipnozei. Terapeutii cognitiv-comportamentalisti nu vor abandona orientarea lor teoretica, nu vor schimba credintele lor, in jurul carora si-au construit identitatea lor profesionala, stima de sine si credibilitatea profesionala. Hipnoza furnizeaza o larga categorie de tehnici pe termen scurt care pot fi usor integrate ca un adjuvant in terapia cognitiv-comportamentala.
3. Hipnoterapia cognitiva poate beneficia in mod egal de terapeuti care practica hipnoza clinica in propriile lor orientari teoretice preferate (ex. Abordarea psihodinamica). Din moment ce hipnoza nu furnizeaza o teorie a personalitatii de psihopatologie si schimbarea comportamentului pare logica pentru tehnicile hipnotice asimilatoare eficiente, in care teoria de psihoterapie este bazata empiric, cum ar fi terapia cognitiv-comportamentala. Astfel de abordare integrativa este in mod particular potrivita atunci cand hipnoza este privita ca un adjuvant al terapiei.
4. In modelul integrarii asimilatoare a terapiei cognitiv-comportamentale, terapeutii au incredere in acel mod de terapie care este capabil sa transceanda limitele teoriei lor originale prin utilizarea eficienta, a tehnicilor anterior uitate (Lapropoulos, 2001). Alladin (2007) a revizuit fortele si limitele terapiei cognitiv-comportamentale si hipnozei si au concluzionat ca fortele terapiei cognitiv-comportamentale si hipnoterapiei

pot fi combinate pentru a forma o puternica abordare de tratament (p. 64) pentru o varietate de tulburari emotionale.

SUMAR

Dupa revizuire rezulta cele mai bine cunoscute teorii integrative de psihoterapie, restul capitolului este concentrat pe conceptualizarea terapiei cognitive ca un model de psihoterapie integrativ asimilat. Hipnoterapia cognitiva indeplineste criteriul pentru un model integrativ asimilator in variate tulburari clinice care va informa si va ghida clinicienii asupra modului cum sa selecteze strategiile de tratament, nu prin hazard, ci bazat pe formularea cazului fiecarui caz individual. Totusi, modelul ar trebui sa nu fie vazut ca un produs finit, ci ca un proces in evolutie. Desi este important sa evaluam si sa validam empiric terapia integrativa asimilatoare este important sa avem in minte ca „*Integrarea psihoterapiei* este sinonima cu *creativitatea si originalitatea terapeutica* si astfel multe din avantaje apar din camera de consultatie a terapeutilor individuali care nu pot admite ca munca lor este cercetata la o scara larga de investigatie.” (Gold & Stricker, 2006, p. 13). In plus, dincolo de amestecarea tehnicilor, clinicienii ar trebui sa incerce sa integreze insight-ul si feed-back-ul pacientilor in terapiile lo asimilatoare.

CAPITOLUL 2

FORMULAREA CAZULUI HIPNOTERAPIEI COGNITIVE

INTRODUCERE

Una din cele mai importante indemanari clinice este abilitatea de a formula un caz in termenii celui mai eficient plan de tratament. Acest capitol descrie abordarea hipnoterapiei cognitive pentru formularea cazului, care ghideaza clinicianul in selectarea celor mai eficiente strategii de tratament pentru pacientul sau. Conceptualizarea cazului hipnoterapiei cognitive accentueaza rolul distorsiunilor cognitive, auto-instructiilor negative, gandurilor si credintelor automate irrationale, scemelor si ruminatiilor negative sau auto-hipnozei negative in intelegerea problemelor pacientului. Dovezile sugereaza ca potrivirea unui tratament la caracteristicile particulare ale pacientului imbunatateste rezultatul (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000). Prin formularea unui caz, clinicianul dezvolta functionarea hipnozei asupra modului cum problemele pacientului pot fi intelese in termenii auto-hipnozei negative si teoriilor cognitiv-comportamentale. Aceasta intelegere furnizeaza o busola sau un ghid pentru intelegerea procesului tratamentului.

Persons (1989) a sustinut ca tulburarile psihologice pot aparea la doua nivele: *atunci cand apar dificultati* si *insotind mecanismele psihologice*. Cand apar dificultati exista semne si simptome prezentate de pacient care pot fi descrise in termenii credintelor, comportamentelor si emotiilor. Manifestarea si intensitatea simptomelor cognitive, comportamentale sau emotionale sunt determinate de disfunctia mecanismelor biologice si psihologice. Deoarece concentrarea acestei carti este pe tratamentul psihologic, mecanismele psihologice ale fiecarei tulburari descrise in carte vor fi examinate in detaliu. Dar aceasta nu inseamna ca factorii biologici nu sunt importanti. Oricand este posibil, mecanismul psihobiologic al unei tulburari va fi examinat. Acest capitol va discuta de asemenea de modul cum

clinicianul poate transforma și croi protocolul de tratament nomotetic (general) la pacientul individual (idiografic). În acest cadru, munca clinică devine sistematică și condusă de ipoteză, mai curând decât să adopte o abordare care să se potrivească la tratament.

MOTIVUL PENTRU UTILIZAREA FORMULARII CAZULUI INDIVIDUAL ÎN PSIHOTERAPIE

Funcția principală a formulării unui caz este de a proceda la un plan de tratament eficient. Needleman (2003) definește formularea cazului ca procesul dezvoltării unei înțelegeri explicite, parcimonioase a pacientului și problemelor sale care vor ghida eficient tratamentul. Deși eficacitatea terapiei cognitive-comportamentale (de ex. În depresie, vezi capitolul 3) și hipnoterapia (ex. Migrena, vezi cap. 4) în variate tulburări a fost validată empiric, nivelele de semnificație clinică au derivat din protocoalele de tratament *nomotetice* (generale) sau standardizate studiate în probe randomizate controlate. În situația clinică nu există un protocol de tratament standard care poate fi aplicat în mod sistematic tuturor pacienților. Sarcina clinicianului într-o astfel de situație este de a transforma constatările nomotetice din probe randomizate controlate într-o bază idiografică a pacientului individual într-un mod bazat pe evidență. Pentru a realiza această sarcină, mulți scriitori (de ex. Persons, 1989; Persons și Davidson, 2001; Persons, Davidson & Tompkins, 2001) au recomandat abordarea formulării cazului bazat pe evidență. Persons, Davidson & Tompkins (2001) recomandă abordarea de tratament a formulării cazului bazat pe evidență a fiecărui pacient individual ca un experiment. În acest cadru, tratamentul începe cu o evaluare, cu generarea unei ipoteze despre mecanismele care provoacă sau mențin problema. Ipoteza este formularea cazului individual, pe care terapeutul o utilizează pentru a dezvolta un plan de tratament individualizat. În timp ce tratamentul continuă, terapeutul colectează date prin mai multe evaluări pentru a evalua efectele tratamentului planificat. Dacă devine evident că tratamentul nu funcționează, terapeutul reformulează cazul și dezvoltă un nou plan de tratament, care este de asemenea monitorizat și evaluat. Munca clinică devine astfel mult mai sistematică și condusă de ipoteză. O astfel de abordare de tratament devine condusă de principii mai curând decât să furnizeze un tratament într-un mod în care să se potrivească.

Marele avantaj al unei abordări conduse de formulare pentru munca clinică este:

Cand terapeutul intalneste o revenire inapoi in timpul procesului, el poate urma o strategie sistematica pentru a face schimbari in tratament (sa ia in considerare daca o reformulare a cazului poate sugera unele noi interventii) mai curand decat pur si simplu sa faca schimbari care sa se potriveasca in planul de tratament (Persons, Davidson & Tompkins, 2001, p. 14).

Cu toate acestea exista doua trasaturi importante pentru abordarea de tratament condusa de formulare. IN primul rand, tratamentele conduse de formulare individualizate nu au fost subiectul pentru evaluarea promelor randomizate standardizat. In al doilea rand, in timpul monitorizarii sistematice rezultatului tratamentului, un clinician se poate baza pe o formulare idiosincrazica sau pe formularea si tratamentul bazat pe evidenta. Pentru a minimiza erorile judecatii clinice si a asigura un tratament condus de formulare individualizat, bazat pe evidenta, Persons, Davidson & Tompkins (2001) ofera doua sugestii:

- Bazarea sa treaca de pe formularea idiografica initiala, pe o formulare nomotetica bazata pe evidenta puternica.
- Baza sa treaca sa treaca de pe tratamentul idiografic initial pe protocoalele nomotetice care s-au aratat a fi eficiente in promele randomizate standardizat.

Formularea cazului hipnoterapiei cognitive descrisa in aceasta carte este bazata pe teoria cognitiva si terapia psihopatologiei a lui Beck si pe tratamentul condus de formulare al lui Persons si colegii (Persons, 1989: Persons & Davidson, 2001: Persons, Davidson & Tompkins, 2001), pe modelul conceptualizarii cazului al integrarii terapiei cognitive- comportamentale si hipnozei in managementul tulburarilor psihologice al lui Alladin (2007) si Chapman (2006).

PREZUMTIILE IN FORMULAREA CAZULUI HIPNOTERAPIEI COGNITIVE

Abordarea formularii cazului hipnoterapiei cognitive este recomandata pentru trei principale motive: furnizeaza o metoda sistematica pentru individualizarea tratamentului; permite terapeutului sa sa-si asume o abordare empirica de tratament al fiecarui caz; si furnizeaza directia si evaluarea in timpul procesului tratamentului. Deoarece formularea cazului hipnoterapiei cognitive face cateva presupozitii in legatura cu tulburarile psihologice, este important pentru hipnoterapeutul cognitiv sa aiba o intelegere completa a sistemului de credinte ale pacientului procesului si a modului cum ei le raporteaza la prezumtiile enumerate mai jos:

1. Emotiile nu sunt produse de evenimente externe, ci de perceptia evenimentelor.
2. Emotiile maladaptative sunt produse prin distorsiuni cognitive.
3. Distorsiunile cognitive sunt mediate prin schemele negative care le insotesc.
4. Schemele negative care le insotesc pot fi latente si inconstiente din viata timpurie.
5. Simptomele sunt produse cand anumite evenimente de viata activeaza schemele negative.
6. Ruminarea negativa este considerata a fi o forma a autohipnozei negative.
7. Autohipnoza negativa poate conduce la exacerbarea simptomelor si pierderea controlului.
8. Autohipnoza negativa conduce la natura negativa a creierului si poate crea cai negative.
9. Tulburarile psihologice sunt cauzate de factori bio-psiho-sociali in contextul modelului diateza-stress.
10. Tulburarile psihologice pot fi insotite de factori de risc si pot fi comorbide cu alte tulburari medicale si psihologice.

NIVELE ALE FORMULARII CAZULUI HIPNOTERAPIEI COGNITIVE

Formularea cazului individualizat ar trebui sa includa o lista exhaustiva de probleme ale pacientului si ar trebui sa descrie relatia dintre aceste probleme. Informatia exhaustiva este in mod particular necesara atunci cand tratam cazuri severe cu multiple probleme, psihiatrice, medicale si psihosociale. Pacientii cu un complex de probleme nu sunt in mod obisnuit inclusi in probele randomizate standardizate. In situatiile clinice exista o norma pentru terapeut de a trata acesti pacienti, si astfel este important sa se obtina o lista exhaustiva de probleme care vor ajuta terapeutul sa dezvolte o ipoteza de lucru si sa prioritizeze scopurile tratamentului. Formularea cazului hipnoterapiei cognitive poate aparea la trei nivele diferite:

- formularea la nivelul cazului
- formularea la nivelul problemei sau sindromului
- formularea la nivelul situatiei

Formularea la nivelul cazului initial este dezvoltata dupa trei sau patru sedinte de terapie. La acest nivel, clinicianul dezvolta o conceptualizare a cazului ca un intreg. In formularea la acest nivel este foarte important sa explicam relatia dintre problemele pacientului. Stabilirea relatiei dintre probleme ajuta clinicianul sa se concentreze in primul rand asupra problemelor care pot cauza alte probleme. De exemplu, anxietatea sociala poate fi cauzata sau mentinuta de indemanari sociale sarace si astfel antrenamentul indemanarilor sociale ar trebui sa se concentreze pe interventia timpurie.

Formularea la nivelul problemei sau sindromului furnizeaza conceptualizarea unei probleme sau a unui sindrom particular, cum ar fi depresia majora, tulburarea de anxietate, migrenele, durerile de cap, insomnia s.a.m.d. Din moment ce hipnoza nu furnizeaza un model de personalitate sau psihopatologie, trebuie sa ne bazam pe alte modele ale tulburarilor psihologice. In formularea hipnoterapiei cognitive, teoriile cognitiv-comportamentale sunt utilizate pentru a explica simptomele si sindroamele. Totusi, unii clinicieni au incercat sa integreze paradogma hipnotica cu teoria cognitiv-comportamentala pentru a explica

simptomele. De exemplu, Alladin (2007) utilizeaza modelul de feed-back circular pentru a explica depresia (vezi capitolul 3). Planul de tratament al clinicianului pentru sindrom sau problema depinde de formularea problemei. De exemplu, o plangere a pacientului pentru oboseala in raspunsul la o situatie profesionala recenta poate fi atribuita unui abuz de ganduri negative sau hipnotice (De exemplu „Totdeauna esuez”). Formularile diferite sugereaza interventii diferite. In plus, formularea cazului este determinata de orientarea teoretica a clinicianului.

Formularea la nivelul situatiei furnizeaza o „formulare minima” a reactiilor pacientului intr-o situatie particulara in termenii cognitiilor, ruminarilor, comportamentelor si afectelor care pot conduce interventia clinicianului in acea situatie. Beck a furnizat Inregistrarea gandului (vezi apendicele A) pentru a dezvolta o formulare la nivelul situatiei. Formularea la nivelul cazului este derivata din formularea colectata din nivelul situatiei si formularile la nivelul problemei.

Asa cum am observat mai sus, toate nivelele de formulare furnizeaza directiile pentru interventie. Totusi, toate formularile ar trebui sa fie tratate ca ipoteze si clinicianul ar trebui sa revizuiasca continuu si sa fie ager in legatura cu formularile in timp ce terapia se deruleaza. In plus, formularea unui caz complet ar trebui de asemenea sa contina multe alte componente relevante pe care terapeutul le considera importante, cum ar fi mediul religios, spiritual, influenta culturala. Grupul minoritar s.a.m.d.

FORMULAREA CAZULUI HIPNOTERAPIEI COGNITIVE

Pentru a identifica mecanismele care insotesc problema pacientului, formularea cazului in 8 pasi derivata din munca lui Persons. Davidson si Tompkins (2001), Ledley, Marx si Heimberg (2005) si Alladin (2007) poate fi utilizata. Cele 8 componente enumerate in tabelul 2.1. sunt descrise in detaliu mai jos. Apendicele C furnizeaza o incercare generica pentru formularea cazului hipnoterapiei cognitive si planului de tratament. Aceasta incercare poate fi utilizata in orice tulnburare psihobiologica specifica de terapeutul care doreste sa trateze cu hipnoterapie cognitiva. Apendicele D furnizeaza un exemplu complet de formulare a cazului si a planului de tratament a hipnoterapiei cognitive pentru Jackie (un pacient deprimat), in timp ce capitolul 3 descrie unele din strategiile hipnoterapiei cognitive utilizate cu Jackie.

Tabelul 2.1. Formularea cazului hipnoterapiei cognitive in opt pasi

1. Lista simptomelor si problemelor majore in functionare
2. Formularea unui diagnostic formal
3. Formularea unei ipoteze de lucru
4. Identificarea situatiilor precipitatoare si activatoare
5. Explorarea originii unei auto-scheme negative
6. Sintetizarea ipotezei de lucru
7. Alcatuirea planului de tratament
8. Identificarea fortelor si evaluarea si prezicerea obstacolelor pentru tratament.

Listarea problemei

Listarea problemei este derivata din evaluarea informatiei, constand dintr-o lista exhaustiva de probleme principale prezente la pacient si de alte probleme psihosociale relevante. Persons si Davidson (2001) recomanda afirmarea dificultatilor pacientului in termeni comportamentali concreti. Listarea problemei

ar trebui sa includa orice dificultate pe care pacientul o are in unul din urmatoarele domenii:

- simptome psihologice/psihiatrice
- simptome medicale
- dificultati interpersonale
- probleme ocupationale
- dificultati financiare
- probleme privind locuinta
- probleme legale
- activitati de timp liber

Facand o lista comprehensiva de probleme ne asiguram ca probleme importante nu sunt omise si acest exercitiu protejeaza terapeutul de a deveni copleșit de multitudinea de probleme ale pacientului. In plus, lista furnizeaza temele in legatura cu relatiile cauzale dintre probleme si il ajuta sa dezvolte o ipoteza de lucru. De exemplu, un pacient cu migrene si dureri de cap cronice, intr-o incercare de a controla un atac, poate evita situatiile sociale, preferand rutina.

Diagnosticul

Un diagnostic adecvat furnizeaza informatie pentru formularea initiala a ipotezei si planului de tratament. Este recomandat ca un nomenclator al unui diagnostic formal cum ar fi DSM- IV- TR (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000) sa fie utilizat pentru a pune un diagnostic psihiatric. Beck si colaboratorii (1987) au furnizat dovezi empirice pentru ipoteza *cu continut specific*, care mentine faptul ca, desi negativitatea este comuna tuturor tulburarilor emotionale, fiecare tulburare are propriul set specific de distorsiuni cognitive. De aceea un diagnostic adecvat furnizeaza schema ipotezelor. De exemplu, este cunoscut ca depresivii imbratiseaza scheme negative tipice despre ei, ceilalti, lume si viitor si de aceea diagnosticul depresiei va conduce terapeutul sa caute ipotezele schemei depresive. Un diagnostic psihiatric, de asemenea servește ca o legatura pentru probele randomizate standardizate si din punct de vedere empiric sustin interventiile de tratament nomotetice (Persons, Davidson & Tompkins, 2001).

Cand ne confruntam cu o conditie medicala sau neurologica este important sa obtinem informatie si claritate din incercarea medicului. Intr-un astfel de caz poate fi important sa combinam hipnoterapia cognitiva cu tratamentul medical.

Ipotezele de lucru

Ipotezele de lucru sunt centrale pentru formularea cazului si pot fi subdivizate in patru sceme conducatoare, activand evenimentele, originile si sumarul.

Schemele

Schemele sunt credintele de baza si structuri profund cognitive pe care oamenii le-au obtinut in cea mai mare parte a vietii lor si ele sunt activate de o lrga categorie de situatii. Schemele au o influenta profunda asupra modului cum oamenii se simt, evalueaza situatiile si se vad pe ei insisi si lumea (Needleman, 2003). Terapeutul incearca sa ofere ipoteze in legatura cu credintele de baza care pot fi cauza sau care metin dificultatile identificate in lista de probleme. De exemplu, atunci cand formulam un caz de depresie, va fi important pentru terapeut sa intelegadintele pacientului privitoare la sine, ceilalti, lume si viitor (triada cognitiva); prin extindere sa intelega ceea ce pacientul rumineaza si se conduce catre auto-hipnoza negativa; si capacitatea pacientilor deprimati de a experimenta transa hipnotica. De aceea in formularea cazului hipnoterapiei cognitive pentru depresie, cognitiile maladaptative, ruminariile negative, auto-hipnoza negativa si sugestibilitatea hipnotica sunt evaluate rutinier.

Apendicele D furnizeaza punctele de vedere negative ale lui Jackie asupra catorva domenii cognitive. Desi pacientii cu o conditie particulara pot avea multiple credinte negative, ei tind sa rumineze asupra uneia sau doua credinte de baza. Conform lui Noilen- Hoeksema (1991) ruminariile reprezinta un proces al atentie perseverente care este directionata catre un continut intern specific, principal. De exempolu, o persoana anxioasa poate deveni concentrata asupra sentimentelor sale de anxietate, cauzele sentimentelor de anxietate si consecintele anxietatii. Intr-un astfel de caz, credinta de baza se poate centra in jurul : „Sunt anormal, exista ceva in neregula cu mine si nu voi fi niciodata normal”> Si pacientul va rumina cu auto-sugestii negative ca „sunt anormal” si astfel „Voi fi anxios pentru restul vietii mele si niciodata nu voi fi capabil sa realizez ceva.” O

astfel de atentie poate fi considerata ca o forma de auto-hipnoza negativa. In plus, schemele negative si credintele negative adauga mai multa vitalitate la auto-hipnoza negativa, care serveste pentru a contracara sugestiile pozitive de la sine catre ceilalti.

Pacientii care sunt inalt sugestibili fata de hipnoza mult mai probabil vor fi implicati din punct de vedere al experientei in ruminariile lor. De exemplu, Blis (1984) a descoperit ca pacientii cu tulburari de conversie au o medie de 97 asupra profilului inductiei hipnotice pe o scala cu 12 puncte. Aceasta descoperire a fost coroborata cu cea a lui Maldonado (1996a,b) care l-a condus la ipoteza ca pacientii cu tulburari de conversie pot utiliza propria lor capacitate de a disocia pentru a inlocui sentimentele emotionale neconfortabile pentru o parte a corpului aleasa, care devine disfunctionala. De aceea Maldonado si Spiegel (2003) argumenteaza ca, din moment ce fenomenul hipnotic poate fi implicat in etiologia unor anumite simptome de conversie, hipnoza poate fi utilizata pentru a controla simptomele. Acesta este motivul pentru evaluarea auto-hipnozei negative si digestibilitatii hipnotice in formularea cazului hipnoterapiei cognitive. Desi conceptul de sugestibilitate hipnotica este controversat, credinta mea este ca pacientii care au un scor scazut pe o scala de sugestibilitate hipnotica standard pot sa nu obtina maximum de beneficiu din hipnoterapie. Pentru astfel de pacienti, antrenamentul de relaxare sau imagerie poate fi substituit de hipnoza. Testele standard nu pot doar indica care pacient este inalt sugestibil, ci si evalua, de asemenea si servi ca un experiment pentru a descoperi la ce tipuri de sugestii ar raspunde pacientul in mod natural. O astfel de informatie conduce terapeutul sa conduca cu maiestrie si sa furnizeze o inductie congruenta si sugestii hipnotice si posthipnotice. De exemplu, daca un pacient a obtinut cel mai inalt scor asupra „greutatii bratului” si un scor scazut la „levitatie bratului” pe Scala de Sugestibilitate a lui Barber (Barber & Wilson, 1978/79), atunci ar fi mult mai adecvat sa utilizeze sugestii ale greutatii pentru inductia hipnotica, adancire si sugestii posthipnotice privind auto-hipnoza.

Situatii precipitatoare si activatoare

In aceasta etapa a conceptualizarii cazului, terapeutul specifica evenimentele externe care activeaza schemele pentru a produce simptomele si problemele. Evenimentele externe pot fi categorizate in doua clase: *evenimente precipitatoare* si *situatii activatoare*. Evenimentele precipitatoare sunt, pe o scala larga, evenimente molare care fac sa apara simptomele primare. De exemplu, un episod depresiv poate fi precipitat la un tanar adult care isi paraseste casa pentru a merge la universitate. Situatiile activatoare se refera pe scala mica la evenimentele care precipita negativ afectul sau comportamentele maldaptative. Adesea aceste scale

mici ale situatiilor activatoare pot face ca aceeași schema să fie activată prin evenimentele precipitatoare. De exemplu, studentul care își părăsește casa se simte singur în timp ce studiază în camera sa din caminul universității. În acest exemplu, atât evenimentul precipitator (părăsirea casei), cât și situația activatoare (singur în camera sa) activează aceeași schema („Sunt slab, nu pot face față”).

Există câteva motive importante pentru evaluarea evenimentelor și situațiilor externe. În primul rând, din moment ce teoria cognitiv-comportamentală a tulburărilor emoționale atribuie simptomelor activarea schemei care le însoțesc și nu evenimentelor externe sau evenimentelor intrapsihice, se cuvine să existe o potrivire între schema pacientului și evenimentele externe care au activat schema. Este de aceea important pentru terapeut să aibă o bună înțelegere a relației dintre evenimentele externe și credințele de bază, deoarece concentrarea terapiei cognitiv-comportamentale este de a schimba schema. În al doilea rând. Există momente în care legătura nu poate fi făcută între evenimentele externe și credințele de bază deoarece schema rămâne inconstientă. Terapia cognitiv-comportamentală nu este destinată să exploreze cognitiile inconstiente profunde. Această limitare a terapiei cognitiv-comportamentale este compensată prin includerea hipnoterapiei în abordarea de tratament a hipnoterapiei cognitive. Hipnoterapia furnizează câteva tehnici eficiente pentru smulgerea și schimbarea schemelor inconstiente. În al treilea rând, deși concentrarea terapiei cognitiv-comportamentale este asupra credințelor de bază și nu asupra evenimentelor externe, evenimentele externe pot fi problematice pentru unii pacienți. De exemplu, o relație abuzivă poate crea situații în care siguranța pentru un partener poate fi compromisă. Identificarea unor astfel de evenimente problematice poate furniza informație importantă în timpul formulării strategiilor de intervenție. În al patrulea rând, uneori este benefic pentru pacienți să schimbe situațiile lor, mai curând decât să schimbe reacțiile lor la situații. De exemplu, tânărul care merge la universitate poate împărți camera sa cu un alt student pentru a evita singurătatea. Anterior am ilustrat clar că tulburările emoționale sunt tulburări complexe, implicând factori multipli și din acest motiv, tratamentul ar trebui să fie limitat la a se confrunța cu apariția, menținerea și factorii de risc.

Origini

În această secțiune a formulării cazului, terapeutul obține informație din istoria timpurie a pacientului pentru a înțelege modul cum pacientul a învățat schema problematică. Este recomandat ca terapeutul să sintetizeze înțelegerea sa cu o simplă afirmație sau prin furnizarea unei descrieri pe scurt a unui sau două incidente patrunzătoare care îl țin pe pacient captiv în experiența timpurie. De

exemplu, ca un copil, Mary (care a suferit o depresie recurenta in timpul tineretii sale) care a continuat sa fie pedepsit de parintii sai pentru ca se juca in afara casei, in timp ce fratele ei facea acelasi lucru. Parintii i-au spus acestei fete ca nu ii este permis sa se joace afara, deoarece locul fetei este in casa. In consecinta Mary a invatat ca „Nu sunt importanta, sunt inferioara”. Informatia in legatura cu experientele modelatoare (de ex. Mary a invatat de la parintii ei ca fetle si baietii trebuie tratati diferit) si esecul de a invata anumite indemanari importante sau comportamente importante (de ex, lui Mary ii era frica sa puna intrebari parintilor ei si nu a invatat sa fie asrtiva) pot fi de asemenea incluse in aceasta sectiune.

Este de asemenea important sa obtinem o istorie a bolilor mentale din familie. Desi tulburarile emotionale nu sunt boli ereditare, in care modelul factorilor biologici, biopsihosociali (diatiza-stress) servesc ca o diatiza pentru problemele emotionale. Din cauza diatezei bilogice, o persoana poate fi predispusa la dezvoltarea unei scheme problematice. Mama lui Mary a avut o lunga istorie de tulburaru depresive majore si Mary a imbratisat un punct de vedere pesimist asupra vietii din timpul copilariei. Auto-schemele sale negative au fost determinate de modul in care tatal ei a tratat-o si de o experienta traumatica (un incident in care tatal a fortat-o sa iasa goala de la dus si sa inchida televizorul, pe care ea il lasase deschis in timp ce facea dus), eveniment care nu ii mai iese din minte.

Sintetizarea ipotezeklor de lucru

Aceasta sectiune constituie miezul formularii cazului. Aici, terapeutul descrie modul in care componentele ipotezelor de lucru (schema, situatiile precipitatoare si activatoare si originile) interactioneaza una cu alta pentru a produce simptomele si problemele listate pe o lista a problemelor pacientului. Sintetizarea ipotezelor de lucru poate fi descrisa fie verbal, fie pe o diagrama care arata componentele formularii (vezi Persons & Davidson, 2001). In cazul lui Mary, schema sa negativa, care provine de la tatal sau abuziv este facuta sa para de evenimente sociale speciale cum ar fi logodna si nunta, conducand la aparitia si mentinerea anxietatii si depresiei.

Fortele si calitatile

Obtinerea informatiei despre fortele si calitatile pacientului (de exemplu suportul social, indemanarile sociale bune, resursele financiare, un stil de viata

stabil, sanatate fizica buna s.a.m.d.) serveste pentru cateva scopuri. Ajuta terapeutul sa dezvolte o ipoteza de lucru, imbunatateste planul de tratament prin integrarea fortelor si calitatilor pacientului si poate asista determinarea unor scopuri de tratament realiste. Fortele si calitatile lui Mary au inclus o inteligenta peste medie, un stil de viata stabil, o viata sociala excelenta si faptul de a avea cativa prieteni apropiati.

Planul de tratament

Desi planul de tratament nu este parte a formularii cazului, este inclus aici pentru a accentua faptul ca planul de tratament este bazat direct pe formularea cazului. Unul din motivele principale pentru formularea cazului hipnoterapiei cognitive este de a conduce terapeutul in selectarea interventiilor eficiente. Asa cum am mentionat mai inainte, exista o dovada ca succesul terapeutic este crescut cand interventiile sunt potrivite la caracteristicile unui pacient particular (Beutler, Clarkin & Bongar, 2000). Planul de tratament derivat din formularea cazului are sase componente: scopurile, modalitatile, frecventa, terapii adjuvante si obstacolele. Fiecare din aceste componente este descrisa in detaliu mai jos.

Scopurile

Terapeutul si pacientul colaboreaza pentru a dezvolta scopurile tratamentului pentru a face fata simptomelor si problemelor enumerate pe o lista de probleme. Cei mai multi pacienti cauta tratament pentru una sau doua probleme importante sau stresante, mai curand decat sa incerce sa rezolve toate problemele lor. Este de aceea important pentru terapeut si pacient sa aiba un acord complet asupra scopurilor tratamentului. Este improbabil ca tratamentul va avea succes daca nu exista un acord intre terapeut si pacient cu privire la scopurile tratamentului sau listei de probleme.

In formularea hipnoterapiei cognitive este recomandat ca scopurile tratamentului sa fie stabilite corect si progresul catre scopuri sa fie masurat. Specificand scopurile tratamentului in mod clar, afirmatiile concrete faciliteaza munca terapeutica. De exemplu, afirmarea unui scop vag cum ar fi „Jane va fi mai bine” nu este destul de concret pentru a ghida stabilirea unor scopuri specifice pentru sedintele de tratament. O afirmatie concreta, cum ar fi „Jane isi va reduce simptomele sale depresive” furnizeaza o ghidare clara asupra stabilirii unei agende pentru sedintele de tratament. In plus, stabilirea unor scopuri concrete faciliteaza masurarea rezultatului. Masurarea progresului scopurilor tratamentului furnizeaza un instrument pentru terapeut de a evalua progresul. Daca planul de tratament

initial nu functioneaza, va fi necesar sa revizuim formularea cazului si planul de tratament. Pentru fiecare scop formulat, este recomandabil sa se utilizeze cel putin o masurare pentru a monitoriza progresul tratamentului. Masurarea poate proveni dintr-o simpla numarare (de ex. Continuum sa numaram activitatile zilnice, sa numaram atacurile de panica), pentru a auto-evalua masurarea (de ex. Inventarul Depresiei al lui Beck). Asa cum a fost recomandat de Persons, Davidson si Tompkins (2001), am rugat in mod obisnuit pacientii mei depresivi sa completeze Inventarul Depresiei al lui Beck (BDI – II, Seer & Brown, 1996), Inventarul Anxietatii al lui Beck (BAI: Beck & Seer, 1993 a) Si Scala lisei de speranta al lui Beck (BHS; Beck si Seer, 1993, b) inainte de fiecare sedinta de terapie pentru a monitoriza progresul saptamanal. Scorurile din aceste trei masurari de auto-evaluare pot fi puse pe un grafic pentru a observa progresele pacientului cu simptome depresive si de anxietate. Graficul furnizeaza o reprezentare vizuala a progresului pacientului. Masurarea idiografica cum ar fi auto-monitorizarea (de ex. Programul activitatilor zilnice, scala intensitatii durerilor de cap) pot fi de asemenea concepute pentru a evalua problemele pacientului.

Schimbarea gandirii disfunctionale poate fi de asemenea monitorizata prin utilizarea oricarora din cele trei instrumente de auto-evaluare sugerate de Nezu, Nezu si Lombardo (2004); Chestionarul Gandurilor Automate – revizuit (Kendall, Howard % Hays, 1989), Inventarul Triadei Cognitive (Beckham si colaboratorii, 1986) si Scala de Atitudini Disfunctionale (Weissman & Beck, 1978).

Modalitate

Specifica abordarea de tratament care sa fie utilizata, de exemplu hipnoterapia cognitiva individuala.

Frecventa

Stabileste frecventa sedintelor de tratament necesare, de exemplu o data pe saptamana.

Interventii

Interventiile propuse in planul de tratament sunt bazate direct pe formularea hipnoterapiei cognitive, dar cele mai importante sunt cele raportate la deficitul descrise in ipotezele de lucru. Interventiile sunt destinate in special sa se adeseze unor probleme identificate din lista de probleme pentru a realiza scopurile

(Persons, Davidson & Tompkins, 2001). De exemplu, programul activitatii va fi o interventie logica pentru un barbat deprimat care este pasiv si inactiv si isi petrece cea mai mare parte a timpului stand in pat in apartamentul sau. O persoana anxioasa social, careia ii lipsesc indemanarile sociale din cauza unei inhibatii sociale bazate pe credinta ca el sau ea este criticata de toata lumea, va beneficia de antrenament al indemanarilor sociale. McKnight si colaboratorii (1984), dintr-o serie de studii de caz, a furnizat dovada ca interventia care trebuie sa se adreseze deficitelor pacientului este mult mai benefica in reducerea simptomelor primare. Ei au descoperit ca pacientii depresivi cu deficiente ale indemanarilor sociale trebuie sa beneficieze de antrenament al indemanarilor sociale, in timp ce aceia cu distorsiuni cognitive au beneficiat mai mult de restructurare cognitiva. Este, de aceea recomandat ca terapeutul sa utilizeze interventii bazate pe contextul formularii hipnoterapiei cognitive.

Terapii adjuvante

Majoritatea pacientilor vaziti in practica clinica au probleme multiple si conditii comorbide. Foarte adesea interventiile adjuvante, cum ar fi farmacoterapia, terapia familiala sau consilierea privind abuzul de substante poate fi necesara. Este recomandata ca terapeutul sa fie in alerta in legatura cu nevoile complexe ale pacientului si sa faciliteze interventii adjuvante atunci cand este necesar.

Obstacole

Componenta finala a planului de tratament utilizeaza informatia din formularea cazului pentru a prezice dificultatile care pot aparea in relatia terapeutica sau in cursul terapiei. Anumiti itemi din lista de probleme, cum ar fi dificultatile interpersonale, problemele financiare, problemele medicale si dificultatile ocupationale, pot face ca terapeutul sa fie atent la factorii care pot interfera cu progresul terapeutic. Constientizarea timpurie a acestor obstacole potentiale ajuta pacientul si terapeutul sa faca fata mult mai eficient problemelor, atunci cand apar.

SUMAR

Formularea cazului hipnoterapiei cognitive furnizeaza un model pentru selectarea strategiilor de tratament eficiente pentru pacientul individual (idiografice) din literatura de cercetare nomotetica disponibila. Acest model accentueaza rolul factorilor de risc multipli in stabilirea, exacerbaria si mentinerea tulburarii. Prin formularea unui caz, terapeutul dezvolta o ipoteza de lucru asupra modului in care pot fi intele problemele pacientului, in termenii conceptualizarii hipnoterapiei cognitive. Aceasta intelegere furnizeaza un cadru pentru intelegerea

procesului de tratament. In cadrul acestui model, tratamentul incepe cu o evaluare, care genereaza o ipoteza despre mecaismele care provoaca sau mentin problema. Ipoteza este formularea unui caz individualizat, pe care terapeutul outilizeaza pentru a dezvolta un plan de tratament individualizat. In timp ce tratamentul continua, terapeutl colecteaza date prin mai multa evaluare, pentru a evalua efectele tratamentului planificat.

De la capitolul trei pna la capitolul zece se drescriu numarul de strategii de tratament din cadrul hipnoterapiei cognitive pentru tratarea variatelor conditii. Daca devine evident ca tratamentul nu functioneaza, terapeutul reformuleaza cazul si dezvolta un nou plan de tratament, care este de asemenea monitorizat si evaluat. In acest cadru, munca clinica devine sistematica si ipotezaconduce mai curand decat furnizeaza strategiile de tratament intr-o ordine randomizata sau predeterminata.

CAPITOLUL 3

HIPNOTERAPIA COGNITVA IN MANAGMENTUL DEPRESIEI

INTRODUCERE

Acest capitol descrie in detaliu modul cum hipnoterapia poate fi integrata in terapia cognitiv-comportamentala in managmentul tulburarii depresive majore. Tulburarea depresiva majora este una din cele mai comune tulburari psihiatrice tratate de psihiatri si psihoterapeuti. Desi tulburarea depresiva majora poate fi tratata cu succes cu medicatie anti-depresiva si psihoterapie (Moore & Bona, 2001), un numar semnificativ de depresivi nu raspund nici la medicatie nici la abordarea psihoterapeutica. Este astfel important pentru clinician sa continue sa dezvolte tratamente mult mai eficiente pentru depresie. Depresia clinica pune de asemenea probleme speciale terapeutului deoarece este o tulburare complexa si „are loc asupra intregii persoane – emotii, functiilor coprului, comportamentelor si gandurilor” (Nolen – Hoeksema, 2004, p. 280).

Acest capitol va descrie *hipnoterapia cognitiva* ca o dovada pentru un tratament multimodal pentru depresie, care poate fi aplicat la o larga categorie de pacienti cu depresie. Hipnoterapia cognitiva reprezinta versiunea cea mai comprehensiva a hipnoterapiei pentru depresie. Desi eficacitatea terapiei a fost examinata intr-o incercare controlata (Alladin & Alibhai, 2007), hipnoterapia cognitiva pentru depresie este o munca in progres, in timp ce continuam sa invatam mai mult despre etiologia si tratamentul depresiei.

DESCRIEREA DEPRESIEI

Tulburarea depresiva majora este caracterizata de sentimente de tristete, lipsa interesului pentru activitatile placute, tulburarea somnului si apetitului,

sentimente de lipsa speranta si ganduri in legatura cu moartea (Alladin, 2007b). Diagnosticul unui episod depresiv major este dat cand o persoana a fost deprimata sau si-a pierdut interesul sau placerea in aproape toate activitatile pentru cel putin doua saptamani si a experimentat cel putin patru din aceste categorii suplimentare de simptome: schimbare in apetit sau greutate, somn si activitate psihomotorie; energie scazuta; sentimente de lipsa de speranta sau vina; dificultate in gandire, concentrare sau luarea deciziilor; si ganduri recurent despre moarte sau ideatie suicidara, planuri sau incercari suicidare (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000, p. 349). Tulburarea depresiva majora este extrem de invalidanta in termenii calitatii vietii si disabilitatii (Pincus & Pettit, 2001) si 15 % din oamenii cu tulburare depresiva majora comit suicidul (Stcher, 2000).

Tulburarea depresiva majora este in crestere (Organizatia Mondiala a Sanatatii, 1998) si este estimata ca apare la fiecare 100 de oameni, aproximativ 13 barbati si 21 de femei probabil vor dezvolta o tulburare intr-un anumit moment al vietii (Kessler si colaboratorii (1994) si aproximativ 1 din 13 din populatie poate suferi de depresie intr-un moment al vietii lot (paykel & Priest, 1992). Rata depresiei majore este atat de inalta, incat Organizatia Mondiala a Sanatatii intr-un studiu asupra raspandirii bolii a randuit depresia ca cea mai apasatoare boala din lume in termenii unei totale disabilitati printre oamenii de varsta mijlocie (Murray & Lopez, 1996). Conform Organizatiei Mondiale a Sanatatii (1998), incepand din anul 2020 depresia clinica va fi probabil pe locul doi dupa boala de inima cronica, ca o povara de sanatate internationala, deoarece a fost masurata ca fiind o cauza a mortii, disabilitatii, incapacitatii de a lucra. In plus, depresia majora este o tulburare foarte costisitoare in termenii unei productivitati a muncii scazute, accidentelor industriale, a paturilor ocupate in spitale, tratamentului, a beneficiilor statului si suferintei personale. Boala, de asemenea afecteaza relatiile interpersonale cu sotia si copiii (Gotlib & Hammen, 2002), rata divortului este mai inalta printre depresivi decat la non-depresivi. (ex. Wade & Cairney, 2000) si copiii parintilor deprimati au un risc crescut de psihopatologie (Gotlib & Goodman, 1999).

Aproximativ 60% dintre oamenii care au avut un episod de dpresie majora vor avea un al doilea episod. Printre aceia care au cunoscut doua episoade, 70% vor avea un al treilea episod; si printre aceia care au avut un al treilea episod, 90% il vor avea pe al patrulea (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000). Recurenta este foarte importanta in prezicerea viitorului curs al bolii, la fel ca si alegerea tratamentelor adecvate. Desi mai mult de 85% din cazurile care au avut un singur episod mai tarziu vor cunoaste un al doilea episod si ca numarul de episoade depresive majore din cursul vietii este de patru, 25% din depresivi vor cunoaste

sase sau mai multe episoade (Angst & Preizig, 1996). Depresia este de aceea considerata a fi o conditie cronica care creste si descreste in timp, dar rareori dispare (Solomon si colaboratorii, 2000).

Tulburarea depresiva majora de asemenea apare in alte tulburari, atat medicale, cat si psihiatrice. Kessler (2002) prin revizuirea epidemiologiei depresiei, concluzioneaza ca „Comorbiditatea este norma printre oamenii cu depresie” (Kessler, 2002, p. 29). De exemplu, Studiul in Domeniul Epidemiologic (Robins & Regier, 1991) a descoperit ca 75% din respondentii cu o tulburare depresiva in timpul vietii de asemenea indeplinesc criteriul pentru cel putin una tin tulburarile DSM – III evaluate in aceasta cercetare. Conditia cea mai frecvent comorbida in depresie este anxietatea. DE fapt, exista simptome considerabile care apar intre aceste doua conditii. Prezenta unei concentrari scazute, iritabilitate, hipervigilenta, oboseala, vina, pierderea memoriei, disfunctionari de somn si grija pot sugera un diagnostic al fiecarei tulburari. Simptomele care apar intre aceste doua conditii pot fi indicatori ale unor corelate neourobiologice. La nivel psihologic, pare rezonabil sa presupunem ca depresia poate rezulta din demoralizarea cauzata de anxietate, de exemplu in cazul unui agorafobic care devine retras din cauza temii de a iesi. Invers, o persoana cu depresie poate deveni anxioasa datorita grijii de a nu fi capabil de a mentine o slujba din care sa castige venituri. Desi exista o suprapunere aparenta intre anxietate si depresie, este comun in practica clinica sa ne concentram pe tratarea unei tulburari o data. Lipsa unei abordari integrate de tratament inseamna ca un pacient este tratat doar pentru depresie in timp ce pacientul sufera inca de anxietate. Unul din motivele pentru combinarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala, asa cum a fost descris in acest capitol este de a ne adresa simptomelor amnxietatii.

TRATAMENTUL DEPRESIEI

In ultimii 20 de ani au existat dezvoltari semnificative si inovatii in tratamentele farmacologice si psihologice ale depresiei. Abordarile farmacologica, psihoterapeutica si hipnoterapeutica dxde tratament sunt pe scurt revizuite.

Farmacoterapia

In ultimii 20 de ani inhibitorii triciclici si momoanin oxidaza au fost inlocuite de o a doua generatie de antidepresive cunoscute ca inhibitori selectivi ai serotoninei. Inhibitorii selectivi ai serotoninei au devenit extremi de populari in tratamentul depresiei. Desi aceste medicamente sunt similare in structura cu

inhibitorii triciclici, ei actioneaza mult mai selectiv pentru a afecta serotonina, astfel ca efectele secundare sunt mai putin severe si ele produc imbunatatirea in doua saptamani. In plus, aceste medicamente nu sunt fatale daca se ia o supradoza si ele par sa ajute intr-o serie de tulburari, inclusiv anxietate, tulburari de alimentatie si simptome premenstruale (Pearlstein si colaboratorii, 1997). Un numar de alte medicamente, cum ar fi Remeron, Serzone, Effexor si Wellbutrin au fost de asemenea introduse in timpul ultimei decade. Ele prezinta unele similaritati cu inhibitorii selectivi ai serotoninei, dar nu pot fi clasificati in nici una din categoriile mentionate anterior. Uneori, aceste medicamente sunt utilizate in conjunctie cu inhibitorii selectivi ai serotoninei. In timp ce exista o varietate de antidepresive disponibile, nu exista reguli consecvente pentru determinarea carui antidepresiv sa fie utilizat mai intai. In practica clinica, cateva antidepresive sunt utilizate inaintea descoperirii unui medicament care functioneaza bine si are efecte secundare tolerabile.

Medicatia antidepresiva usureaza depresia severa si fara indoiala previne suicidul la 10 din 1000 de pacienti din lume. Desi acest tip de medicatie este deja disponibil, multi oameni o refuza sau nu sunt eligibili, totusi sa o ia. O parte din ea are efecte secundare pe termen lung. Femeile insarcinate trebuie sa se protejeze sa ia anti-depresive, deoarece ele pot face rau fatului. In plus, 40-50% din pacienti nu raspund adecvat la aceste medicamente, si un numar substantial de pacienti raman cu simptome reziduale de depresie (Barlow & Durand, 2005, p. 238).

Psihoterapie

Desi medicatia antidepresiva functioneaza bine pentru multi pacienti deprimati, este evident ca nu alina problemele care pot avea drept cauza depresia in primul rand. Mariajul care merge prost, situatia nefericita la munca sau conflictul familial care precede depresia nu pot fi rezolvate prin pastile. De aceea, multi oameni deprimati beneficiaza de psihoterapie, destinata sa ii ajute sa faca fata circumstantelor dificile ale vietii sau vulnerabilitatii personalitatii care prezinta un risc pentru depresie. Psihoterapia este de asemenea indicata pentru oamenii care au conditii medicale (cum ar fi sarcina sau unele probleme cu inima) care face imposibila utilizarea medicatiei.

Terapia cognitiv-comportamentala, care este cel mai popular tratament psihosocial pentru depresie a fost studiata in peste 80 de cercetari controlate (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000). S-a descoperit a fi eficienta in reducerea simptomelor acute si este comparata favorabil cu tratamentul farmacologic la cei mai multi pacienti deprimati sever. Terapia cognitiv-comportamentala, de asemenea reduce recaderea (Hollon & Shelton, 2001) si previne continuarea

primului episod sau aparitia simptomelor la oamenii cu rusc care nu au mai fost deprimati (Gillham, Shatte & Freres, 2000). Terapia cognitiv-comportamentala este orientata asupra notiunii care ii invata pe pacienti sa recunoasca si sa examineze credintele lor negative si procesarea informatiei poate produce usurarea simptomelor si le permite sa faca fata mult mai eficient provocarilor vietii (Beck si colaboratorii, 1979). Principalul scop al terapeutului cognitiv-comportamentalist este de a educa pacientii sa utilizeze tehnici variate care sa le permita sa examineze gandurile lor si sa modifice credintele si comportamentele maladaptative. Principalul rol al terapiei cognitiv-comportamentale este de a ajuta pacientul sa invete sa utilizeze aceste instrumente in mod independent. Astfel de indemanari nu sunt doar importante pentru usurarea simptomelor, ci, de asemenea pot minimiza sansele unei recurente viitoare a simptomelor. Scopurile terapiei cognitiv-comportamentale sunt realizate printr-un proces colaborativ structurat constand din trei componente interrelationate, ca explorarea, examinarea si experimentarea (Hollon, Haman & Brown, 2002).

Hipnoterapia

Hipnoza nu a fost in mod larg utilizata in managmentul depresiei clinice. Putina literatura publicata care exista poate fi categorizata in studii de caz si tehnici adjuvante. Alladin (2006a, 2007b) atribuie lipsa progresului in aplicarea hipnozei la depresie mitului creat de unii scriitori bine-cinoscuti (ex. Hartland, 1971) ca hipnoza poate exacerba comportamentul suicidar la depresivi. Alladin si Heap (1991) si Yapko (1992, 2001) au argumentat ca hipnoza, in special cand este parte a abordarii de tratament multi-modale nu este contraindicata in depresie.

Cantitatea mare de literatura publicata in legatura cu aplicarea clinica a hipnozei la depresie consta in rapoarte de caz. Aceste rapoarte constau dintr-o varietate de tehnici psihoterapeutice, dar le lipseste claritatea in legatura cu modul in care terapeutul utilizeaza hipnoza in managmentul depresiei (Burrows & Boughton, 2001). Cu toate acestea, cativa clinicieni au utilizat hipnoza ca un adjuvant la celelate forme de psihoterapie. De exemplu, Golden, Dowd si Friedberg (1987), Tosi si Baisden (1984), Yapko (2001) si Zarren si Eimer (2001) au raportat integrarea eficienta a terapiei cognitiv-comportamentale cu hipnoterapia in depresie in practica lor clinica. Totusi, cu exceptia lui Alladin (1992a,b, 1994; Alladin si Heap, 1991), acesti scriitori nu au furnizat un motiv stiintific sau un model teoretic pentru combinarea terapiei cognitiv-comportamentale cu hipnoza in managmentul depresiei clinice. Alladin a descris un model de functionare al depresiei non-endogene care furnizeaza un cadru teoretic pentru integrarea tehnicilor cognitive si hipnotice cu depresia. Mult mai recent (Alladin, 2007b) a

revizuit modelul si l-a intitulat modelul de feed-back circular al depresiei.

Modelul de feed-back circular al depresiei accentueaza natura biopsihosociala a depresiei si accentueaza rolul factorilor multipli care pot duce la aparitia, exacerbarea si mentinerea afectului depresiv. Modelul nu este o teorie noua asupra depresiei sau o incercare de a explica cauzele depresiei. Este o extensie a modelului de feed-back circular al depresiei al lui Beck (1967), care a fost mai tarziu elaborat de Schultz (1978, 1984, 2003) si extins de Alladin (1994). In combinarea paradigmei cognitive si hipnotice, modelul de feed-back circular al depresiei incorporeaza idei si concepte din procesarea informatiei, atentiei selective, functinarea creierului, experientelor de viata adverse si teoriei nedisociatiei a hipnozei (Hilgard, 1977). Modelul initial s-a referit la modelul disociativ cognitiv al depresiei, deoarece isoteste teoria disociativa a hipnozei si a propus ca depresia non-endogena este o forma a disociatiei produse de ruminarea cognitiva negativa, care poate fi vazuta ca o forma a auto-hipnozei negative. Modelul de feed-back circular al depresiei consta din 12 componente interrelationate care formeaza o bucla de feed-back circular. Aceste 12 componente (vezi Alladin, 2007b) reprezinta unii din factorii majoti, identificati din literatura, care pot influenta cursul si rezultatul depresiei. Oricare din acesti facoti, cum ar fi afectul negativ, poate conduce la paritia, exacerbarea sau meninerea simptomelor depressive. Modelul, de asemenea furnizeaza cadrul teoretic pentru utilizarea hipnoterapiei cognitive in depresie, care este descris in restul acestui capitol. Conceptualizarea modelului, de asemenea arata modul cum hipnoza poate fi utilizata ca un construct util pentru studierea i intelegerea anumitor aspecte ale fenomenologiei depressive.

Modelul de feed-back circular stabileste trei motive pragmatice pentru combinarea paradigmei cognitive si hipnotice in tratamentul si intelegerea depresiei. In primul rand, din moment ce hipnoza poate produce schimbari cognitive, somatice, percutuale, fiziologice si kinestezice in conditii controilate, combinarea acestor doua pradigme poate furniza un cadru conceptual pentru studierea proceselor psihologice prin care distorsiunile cognitive produc schimbari psihobiologice concomitente care inostesc depresia clinica. In al doilea rand, hipnoza furnizeaza insight in ceea ce priveste fenomenologia depresiei (Yapko, 1992). La fel ca depresia, hipnoza este o experienta inalt subiectiva. Permite insight-uri remarcabile in zona subiectiva a experientei umane, astfel furnizand o pradigma pentru intelegerea modului cum experienta, normala sau anormala este modelata. In al treilea rand, dupa revizuirea fortelor si limitelor terapiei cognitiv-comportamentale si hipnoterapiei in depresie, Alladin (1989) a concluzionat ca fiecare abordare de tratament a fost marcata de limitari. De exemplu, terapia

cognitiv-comportamentala nu permite accesul la restructurarea cognitiva inconstienta, in timp ce hipnoza furnizeaza un astfel de acces. Pe de alta parte, hipnoza nu se concentreaza pe restructurarea cognitiva sistematica, in timp ce terapia cognitiv-comportamentala se concentreaza in principal pe restructurarea cognitiva prin motivare si dialog socratic. Alladin (1989) a argumentat ca din efectele pe termen scurt ale fiecarei abordari de tratament ar putea fi copensate prin integrarea ambelor abordari de tratament.

In plus, exista unele dovezi empirice pentru combinarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala. Schoenberger (2000), revizuiind statutul empiric al utilizarii hipnozei in conjunctie cu programele de tratament cognitiv-comportamentale, a concluzionat ca existenta studiilor demonstreaza beneficiile substantiale din adaugarea hipnozei la tehnicile cognitive-comportamentale. In mod similar, Kirsch, Montgomery si Sapirstein (1995) din metaanaliza lor asupra a 18 studii comparand tratamentul cognitiv-comportamental cu acelasi tratament suplimentat de hipnoza a descoperit ca marimea efectului principal al tratamentului hipnotic este mai mare decat in cazul interventiei non-hipnotice. Autorii au concluzionat ca hipnoterapia a fost in mod semnificativ superioara tratamentului non-hipnotic. Alladin (Alladin si Alibhai, 2007) au condus un studiu in care au comparat efectele terapiei cognitive-comportamentale cu hipnoterapia cognitiva la 84 de depresivi cronici. Rezultatele au aratat un efect in plus al combinarii hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala. Studiul a indeplinit de asemenea criteriile pentru *eficacitatea probabila* a tratamentului pentru depresie asa cum a fost stabilit de Asociatia De Psihologie Americana (Chambless & Hollon, 1998) si furnizeaza validarea empirica pentru integrarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala in managementul depresiei.

ETAPELE HIPNOTERAPIEI COGNITIVE

Hipnoterapia cognitivă constă în general din 16 sedințe săptămânale, care pot fi extinse sau modificate conform nevoilor clinice ale pacientului, domeniilor de preocupare și simptomelor pe care le prezintă. Strategiile hipnoterapiei cognitive sunt descrise pe scurt mai jos și, orunde este relevant, strategiile utilizate pentru tratarea lui Jackie în timpul fiecărei etape de tratament vor fi ilustrate. Secvența etapelor de tratament va fi schimbată pentru a se potrivi nevoilor clinice ale fiecărui pacient.

Sedința 1: Evaluarea clinică

Înainte de începerea hipnoterapiei cognitive este important pentru terapeut să obțină în detaliu istoria clinică pentru a formula diagnosticul și pentru a identifica aspectele psihologice, fiziologice și sociale esențiale ale comportamentelor pacientului. Cel mai eficient mod de a obține toată această informație este de a face abordarea formulării cazului descrisă în Capitolul 2. Abordarea formulării cazului permite clinicianului să translateze și să creeze protocolul de tratament nomotetic (general) pentru pacientul individual (idiografic) (vezi apendicele C). Formularea cazului lui Jackie (Apendicele D) indică clar diagnosticul ei, rolul distorsiunilor cognitive în apariția și menținerea afectului ei negativ și scopurile tratamentului.

Sedințele 2-5: Terapia cognitiv-comportamentală

Terapia cognitiv-comportamentală este utilizată pentru a ajuta pacienții deprimati să recunoască și să modifice stilul lor idiosincrazic de gândire prin aplicarea unei dovezi și a logicii. Principalele obiective ale sedințelor de terapie cognitiv-comportamentală sunt de a ajuta pacienții să identifice și să restructureze credințele lor disfuncționale care pot duce la apariția și menținerea afectului depresiv. Terapia cognitiv-comportamentală utilizează unele din modelele bine

cunoscute si testate cum ar fi dialogurile logice socratice si metoda aristotelica a colectarii si categorizarii informatiei in legatura cu lumea (Leahy, 2003).

Terapeutul cognitiv-comportamentalist ii angajeaza pe pacienti in gandirea stiintifica si rationala prin ghidarea lor de a examina presupozitiile, validitatea si semnificatia credintelor lor care ii conduc la afectul depresiv. Deoarece tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale sunt complet descrise in cateva carti excelente (de ex. Beck, 1995) ele nu sunt descrise in detaliu aici. Pentru o descriere detaliata a progresiei secventiale a terapiei cognitive-comportamentale in cadrul hipnoterapiei cognitive, vezi Alladin (2007b). Daca hipnoterapia sau terapia cognitiv-comportamentala este introdusa mai intai este, de asemenea determinat de nevoile clinice ale pacientului deprimat, Introducerea mai intai a terapiei cognitiv-comportamentale este recomandata daca pacientul este preocupat cu cognitiile disfunctionale si ruminarea depresiva. In cazul unui pacient deprimat este prea preocupat cu afectul anxios sau depresiv, hipnoterapia este recomandata mai intai.

Componenta de terapie cognitiv comportamentala a hipnoterapiei cognitive poate fi extinsa de-a lungul a sase sedinte. Tortusi, numarul de sedinte de terapie cognitiv-comportamentala este determinat de necesitatile pacientului si severitatea simptomelor prezente. In cadrul hipnoterapiei cognitive, Alladin (2006a) a descoperit urmatoarea prezentare secventiala a componentelor terapiei cognitive-comportamentale ca fiind benefice pentru pacientii deprimati:

- Pacientului ii este furnizata o explicatie simpla dar practica a modelului cognitiv al depresiei. Cel putin patru sedinte sunt dedicate terapiei cognitive-comportamentale. Obiectul sedintelor de terapie cognitiv-comportamentala este de a ajuta pacientii sa identifice si sa restructureze credintele lor disfunctionale care pot provoca si mentine afectul lor depresiv. In timpul explicarii modelului, terapeutul scrie punctele principale pe o bucata de hartie sau pe o tabla. Scriind acest lucru se furnizeaza o reprezentare vizuala a modelului si atat pacientul, cat si terapeutul se poate intoarce la note pentru a verifica un punct.
- Ca parte a temei pentru acasa, pacientul este sfatuit sa citeasca mai intai primele trei capitole ale cartii „*A te simti bine: O noua terapie a starii de dispozitie*” (Burns, 1999).
- Pacientii sunt incurajati sa identifice distorsiunile cognitive pe care ei le rumineaza dintr-o lista de 10 distorsiuni descrise de Burns (1999). Acest exercitiu ajuta pacientii sa identifice si sa eticheteze distorsiunile lor cognitive.
- Pacientii sunt sfatuiti sa faca un tabel CAB (un tabel cu trei coloane: A= Eveniment; B= Ganduri automate; C= Raspunsuri emotionale; Figura 3.1). Aceasta tema pentru acasa ajuta pacientii sa identifice gandurile lor disfunctionale si sa descopere legatura dintre gandurile distorsionate si sentimentele negative. Aceasta munca pregatitoare stabileste etapele pentru evaluarea si provocarea gandurilor negative in viitor.
- Pacientul este introdus intr-o disputare a modului cum sa schimbe distorsiunile cognitive dupa ce pacientul a avut oportunitatea de a alcatui tabelul ABC intr-o

saptamana.

Data automate	C=Emotii	A= Fapte sau evenimente	B= Ganduri
	In legatura cu A		
	1. Specifica tristete/anxietate/ Furie etc. 2. Rata gradului de emotie 0-100	Describe: 1. Evenimentul actual care A activat emotia/reactia neplacuta 2. Imagini, vise, reamintiri care conduc la emotie neplacuta.	1. Scrie gandurile automate care au precedat emotii/ reactii 2.Rata credintei in gandurile automate 0-100%
6 noiembrie (100) 2004 controlul (90) si (100)	Speriat (100) Anxios(100) Deprimat (85) Mizerabil (90)	Se gandeste sa mearga la petrecerea de Craciun organizata la biroul sotului sau	Nu ma voi bucura Imi voi pierde (100) Toti ma vor ura (90) Voi fi rasfatat de toti Nu voi iesi niciodata nu ma voi bucura

Figura 3.1. Tabelul CAB pentru monitorizarea credintelor/gandurilor/imaginilor/viselor referitoare la evenimente/ situatii irrationale

- Rstructurarea cognitva este introdusa pentru a introduce disputa si efectele disputei asupra afectelor negative. Aceasta forma este o versiune extinsa a tabelului ABC, prin includerea a inca doua coloane (D= Diputa; E= Consecinte ale disputei; Vezi figura 3.2 pentru exemplul lui Jackie)
- Pentru a obtine o intelegere mai buna a modului cum sa completeze acest tabel,

pacientilor li se da o versiune completa a tabelului restructurarii cognitive (cu disputa distorsiunilor cognitive din coloana D si modificarea raspunsurilor emotionale si comportamentale din coloana E ca o consecinta a disputei cognitive). Aceasta tema pentru acasa furnizeaza pacientilor oportunitatea de a identifica si de a restructura distorsiunile lor cognitive. Ar trebui sa fie reamintit ca terapia cognitiv-comportamentala nu sustine „puterea gandirii pozitive”, ci mai curand „Puterea identificarii felului in care ia nastere gandul” (Leahy, 2003). Terapia cognitiv-comportamentala isi asuma o abordare constructivista pentru terapie, prin recunoasterea ca indivizii” contruiesc si interpreteaza realitatea, bazandu-se pe informatia unica, categorii personale si tendintele perceptiei sau cognitiei.

- Pacientii sunt antrenati sa diferentieze intre distorsiunile cognitive de suprafata sau automate („Nu pot face asta”) si structurile cognitive negative profunde sau de durata („Sunt un ratat”) (auto-scema), iar terapeutii utilizeaza diferite strategii pentru a restructura auto-schemele profunde. Termenul „schema” se refera se refera la structurile cognitive de durata, profunde, care sunt in mod particular impoertante in structurarea perceptiilor si construirea comportamentelor fdupa „reguli date” (Sanders & Wills, 2005).
- Pentru credintele profunde nedescoperite metoda sagetii in jos poate fi utilizata si Tehnica Cercului vietiieste utilizata pentru restructurarea credintelor profunde (vezi mai jos).
- Pacientul este sfatuit sa monitorizeze constant si sa restructureze cognitiile negative pana cand devine un obicei.

Metoda sagetii in jos

Metoda sagetii in jos este cea mai comuna tehnica a terapiei cognitiv-comportamentale utilizata pentru credintele prunde nedescoperite. Acest fragment din una din sedintele de terapie cognitiv-comportamentala a lui Jackie care a afirmat „Urasc sa ma duc la petreceri” (Cognitia ei de suprafata) demonstreaza modul cum terapeutul poate utiliza metoda sagetii in jos pentru a obtine credintele profunde:

Terapeut: Jackie, ce vrei sa spui prin „Urasc sa merg la petreceri”?

Jackie: Nu-mi place sa fiu in preajma oamenilor.

Terapeut: Ce vrei sa spui?

Jackie: Ei bine, ma simt nervoasa.

Terapeutul: Ce te face sa te simti neplacut?

Jackie: Ei bine, oamenii vor observa ca nu am incredere in mine.

Terapeut: Ce vrei sa spui?

Jackie: Ei bine, nu sunt la fel de calma si relaxata ca ceilalti.

Terapeutul: Ce vrei sa spui?

Jackie: Nu sunt buna.

Terapeutul: Ce vrei sa spui?

Jackie: Ei bine, sunt o ratata, sunt inutila, nu pot face niciodata ceva cum trebuie.

Data	A Eveniment activator	B Credinte irrationale	C Consecinte	D Disputa	E Efectul Disputei
Emotie:	Describe evenimentul	Scrie ganduri automate	1. Emotii:	Provocarea	1.
reevaluarea	Actual, fluxul gandurilor, visele etc. Care	si imagini care ii vin in minte. Rata credintelor	Specifica tristete Anxietate sau furie.	gandurilor automate si A imaginilor.	emotiei 1-
100%	conduc la	sau imaginilor	Rata sentimentelor	Rata	
schim-	2.Fiziologic: sentimente	0-100%	1-100%	credintei in	
in	neplacute.		2.Fiziologie:	raspuns/ bari	
reactiile			Palpitatii	imagine	
corpului			durere,	0-100%	
mai			ameteala,		(ex.
putine			transpiratie etc.		
	Evitare, in pat		3.Comportamental: turi,	tremura-	

	4. Concluzie	mai putina trage concluzii, auto-afiramtie etc.) 3.	
tensiune			
Compor-			
tamental:			
loc			Actiuni care au avut dupa disputa
			4. Concluzie: Reaprecierea concluziei si deciziei
initiale.			Credinte
viitoare			in situatii similare.

6. nov. 2004	Un exemplu	1. Nu ma voi	1. Speriat (100)	1. Cum stiu	1. Mai
	lucrat:	bucura (100)	anxios (100)	ca nu ma voi	putin
(10)	sa se	2. Imi voi	deprimat (85)	bucura, nu am	speriat
putin	gandea sa	pierde	mizerabil (90)	fost acolo inca	mai
	mearga la	controlul	2. Slab, obosit, Sansele sunt ca	anxios	
	petrecerea	(100)	tremur	ca s-ar putea	(20)
mai	organizata	3. Toti ma	3. Nu vreau sa	sa-mi placa	nu ma
	la biroul	vor ura (90)	merg, prefer	sa fiu cu	simt
mizerabil	sotului ei.	3. Voi strica	sa stau acasa.	Ceilalti (60)	
		cheful			(0)
ma		tuturor(90)			2. Inca
obosit					simt
					si
slabit,					dar ma

mai

simt
mult

relaxat.

Figura 3.2. Restructurarea cognitivă completată (ABCDE)

Data	A Evenimentul activator	B Credințe Irationale	C Consecințe	D Dispută	E Efectul disputei
deprimată		4. Nu voi ieși niciodată și nu mă voi bucura (100)	4. Nu voi fi niciodată capabil să ies și să mă simt bine.	2. Mă pot simți anxios; poate fi neconfortabil dar nu voi Pierde controlul, nu voi pierde niciodată controlul (80)	3. Să mă dau jos din pat, să caut o rochie pe care o pot purta 4. Chiar dacă mă simt anxioasă sau pot face să mă simt mai bine ieșind.
			4. Pot să fiu	3. Nimeni nu te uraste din cauza felului în care arăți. Sunt conștientă de felul în care arăt, dar prietenii nu se concentrează pe felul în care arăt (80) nervoasă sau	

- deprimata, dar
cum ma voi
simti daca nu
merg la petrecere (90)
5. Asta nu este
adevarat; exista
multe alte situatii
in care m-am
bucurat, desi
initial nu am
vrut sa merg. (100)

Tabelul 3.2 (Continuare).

Tehnica cercului vietii

Odata ce credintele profunde (in acest caz „Sunt inutila: Sunt o ratata”) sunt nedescoperite, cateva tehnici ale terapiei cognitiv-comportamentale pot fi utilizate pentru a le restructura. Am descoperit tehnica cercului vietii ca fiind foarte eficienta in confruntarea cu astfel de credinte profunde.

Urmatoarea parte a textului ilustreaza modul cum tehnica cercului vietii a fost utilizata pentru a o ajuta pe Jackie sa restructureze credintele profunde: „Sunt o ratata” si „Sunt inutila”.

Terapeut: Hai sa vedem cum te putem ajuta cu aceste credinte profunde pe care le ai ca tu esti „inutila” sau ca tu esti o „ratata”. Ai crede daca ti-as spune ca o persoana nu poate fi buna sau rea? (Terapeutul scrie in capatul de sus al unei foi albe de hartie : Bun/ Rau; Succes? Esec).

Jackie: Desigur ca nu! Unii oameni sunt buni si unii oameni sunt rai.

Terapeut: M-ai crede daca ti-as spune ca o persoana nu poate avea succes sau rata?

Jackie: Nu.

Terapeut: Lasa-ma sa-ti arat de ce este inadecvat sa crezi ca o persoana este fie buna, fie rea, sau ca are succes sau rateaza. Imagineaza-ti acest cerc (terapeutul deseneaza un cerc mare pe foaia alba chiar dedesubt unde mai devreme a scris Bun?rau; Succes/ Esec) , cerc care reprezinta viata; desigur, aceastaeste o supra simplificare. Spunem ca existam deoarece participam la sute de activitati zilnic (Terapeutul umple interiorul cercului cu aproximativ 20 de puncte mari). Hai sa ne imaginam ca fiecare punct reprezinta o activitate si in timp ce tu iti poti imagina ca noi participam la sute de activitati zilnic. Mergem la scoala, ne plimbam, muncim, s.a.m.d. Esti de acord?

Jackie: Da. Ai dreptate, facem multe lucruri zilnic.

Terapeutul: Asaeste, facem multe lucruri zilnic. Stii pe cineva care face totul cum trebuie:

Jackie: Nu.

Terapeut: Stii pe cineva care face totul rau?

Jackie: NU. Inteleg ce vrei sa spui. Numeni nu face totul bine sau rau.

Terapeutul: Asa este! Nimeni nu face totul rau sau foarte bine. Este mult mai adecvat sa spui ca noi toti facem unel lucruri bine si facem unele lucruri rau.

Jackie: Ai dreptate. Niciodata nu m-am gandit la asta.

Terapeut: Sa presupunem ca facem unele lucruri rau (Terapeutul uneste trei puncte in interiorul cercului)> Asta ma face o persoana rea?.

Jackie: Nu esti inca bun in a face celelalte lucruri.

Terapeut: Ai dreptate. Sunt inca bun la celalte lucruri desi am dat peste cap unele din lucrurile pe care le fac. Deoarece nu sunt bun cu aceste lucruri (terapeutul subliniaza cele trei puncte unite), aceasta nu inseamna ca celalte activitati la care sunt bun (Terapeutul uneste punctele care au mai ramas) sunt total distruse.

Jackie: Este atat de uimitor, niciodata nu m-am gandit in felul acesta. Deoarece ma simt nervoasa in prezenta oamenilor, asta nu inseamna ca nu sunt buna de nimic. M-am gandit ca din cauza ca ma simt nervoasa nu sunt o persoana buna, am crezut ce trebuie sa fiu o ratata.

Terapeut: Ma bucur ca te poti referi la asta si ca realizezi ca ai gandit gresit.

Sedintele 6-7: Hipnoterapia

Componenta de hipnoterapie a terapiei cognitiv-comportamentale este introdusa pentru a furniza parghia pentru tratamentul psihologic al depresiei (Alladin, 2006 a, 2007 b) si pentru a preveni recaderile (Alladin, 2006b; Alladin & Alibhai, 2007). Hipnoterapia este in mod special utilizata pentru a induce relaxarea (%0-75% din depresivi au anxietate comorbida: Vezi Dozois & Westra, 2004): reduce distragerea; maximizeaza concentrarea; faciliteaza gandirea divergenta; amplifica si etinde experientele; permite simtul controlului; si furnizeaza accesul la procesele psihologice neconstiente.

Hipnoterapia cognitiva dedica de la patru pana la sase sedinte de hipnoterapie. Primele doua sau trei sedinte se concentreaza pe inducerea relaxarii; producerea schimbarilor somato-senzitive; demonstrarea puterii mintii; extinderea constientizarii; intarirea ego-ului; invatarea auto-hipnozei; si oferirea sugestiiilor post-hipnotice. Celalte doua pana la trei sedinte de hipnoterapie se concentreaza pe restructurarea cognitiva sub hipnoza si explorarea inconstientului care sunt descrise in sedintele 8-10.

Antrenamentul relaxarii

Unul dintre cele mai importante scopuri pentru utilizarea hipnozei in contextul hipnoterapiei cognitive este de a induce relaxarea. Cei mai multi pacienti deprimati cunosc nivele inalte de anxietate, fie anxietate comorbida, fie viziuni negative asupra viitorului, fie nivele scazute de incredere in abilitatile de a face fata provocarilor vietii. Din aceste motive, pacientii deprimati beneficiaza din plin de invatarea tehnicilor de relaxare. Tehnicile variate de inductie hipnotica pot fi utilizate pentru a induce relaxarea. Eu utilizez *relaxarea cu metoda numararii* adaptata dupa Gibbons (1979; vezi Alladin, 2007b) pentru inducerea si adancirea in transa hipnotica. Am ales aceasta tehnica deoarece este usor adaptata pentru antrenamentul auto-hipnozei. Majoritatea pacientilor tratati cu hipnoterapie cognitiva din studiul raportata de Alladin si Alibhai (2007) a indicat ca experienta relaxarii era puternica si sustinea increderea lor pentru a intrerupe secventele anxioase din vietile lor. Scenariul hipnoterapeutic din apendicele E furnizeaza cateva exemple de tipuri de sugestii hipnotice care pot fi utilizate pentru a induce o

senzatie de relaxare profunda.

Producerea schimbarilor somatosenzitive

Hipnoza este un instrument terapeutic puternic pentru producerea *cognitiei sincretice* (Alladin, 2006a), care consta dintr-o varietate de schimbari cognitive, somatice, perceptive, psihologice, viscerele si kinestezice. Inductia hipnotica si modularea acestor schimbari furnizeaza pacientilor deprimati o dovada dramatica ca ei pot schimba sentimentele si experienta lor. O astfel de experienta furnizeaza speranta ca ei pot controla afectul lor depresiv. DePiano si Salzberg (1981) cred ca o astfel de experienta pozitiva a pacientilor este in parte legata de schimbari profunde comportamentale, emotionale, cognitive si psihologice aduse prin inducerea experientei hipnotice.

Demonstrarea puterii mintii

Catalepsia corpului si a ochiului sunt induse hipnotic pentru a demonstra puterea mintii asupra corpului. Aceste demonstratii reduc scepticismul asupra hipnozei, adopta o expectanta pozitiva si induce increderea pacientilor deprimati ca ei pot produce schimbari semnificative emotionale si comportamentale.

Expansiunea constientizarii

Hipnoza furnizeaza un vehicol puternic pentru extinderea constientizarii si amplificarea experientei. Eu am descoperit ca tehnica lui Brown si Fromm a cresterii experientei afective si expresiei ei ca fiind foarte eficienta in constientizarea emotiilor; crearea constientizarii variatelor sentimente; intensificarea afectului pozitiv; dezvoltarea afectului „descoperit”; inducerea dispozitiilor pozitive; si cresterea motivatiei. Obiectul acestei proceduri este de a ajuta pacientii deprimati sa creeze, sa amplifice si sa exprime o varietate de sentimente pozitive si negative si sa le experimenteze. In plus, tehnica intareste mai mult viziunea ca afectul depresiv poate fi modificat si controlat.

Pentru a o ajuta pe Jackie sa constientizeze emotia in timp ce ea este la dus, i-a fost sugerat sub hipnoza: „Cand voi numara de la UNU la CINCI..... in timp ce ma vei auzi pe mine spunand CINCI..... vei incepe sa simti o oarecare emotie care este asociata corpului tau, pe care o vei observa in timp ce esti la dus”. Apoi Jackie a fost ajutata sa amplifice afectul asociat corpului sau: „Cand voi numara incet de la UNU la CINCI..... in timp ce eu numar, vei incepe sa experimentezi sentimente suparatoare din ce in ce mai intens..... astfel ca atunci cand voi ajunge la CINCI.....

cand ajung la CINCI vei simti experienta in corpul tau atat de puternic incat nu o vei putea suporta..... Acum observa ceea ce simti si vei fi capabila sa imi descrii ceea ce simti.” Aceasta tehnica poate de asemenea induce sentimente fericite sau placute si procedura poate fi extinsa pentru a accesa si cadra experientele trecute sau viitoare prin integrarea metodei proiectiei timpului (trecut sau viitor).

Intarirea Eului

Sugestiile de intarire a Eului sunt oferite pentru depresivi pentru a creste increderea in sine si auto-eficacitatea. Bandura (1977) a furnizat o dovada experimentală ca auto-eficacitatea, expectatia si increderea de a fi capabil sa faca fata cu succes variatelor situatii, este unul din elementele cheie in tratamentul eficient al tulburarilor fobice. Indivizii cu un sentiment inalt de auto-eficacitate tind sa se perceapa pe ei insisi ca detinand controlul. Daca depresivii pot fi ajutati sa se vada pe ei insisi ca fiind auto-eficace, ei vor percepe viitorul mai plin de speranta. Cea mai populara metoda pentru cresterea auto-eficacitatii in cadrul contextului hipnoterapeutic este de a furniza sugestii de intarire a Eului. Principiile din spatele intaririi Eului sunt de a muta anxietatea, tensiunea si aprehensiunea si de a restabili gradual increderea pacientilor in ei insisi si abilitatea lor de a face fata problemelor lor (Hartland, 1971). Din acest motiv, sugestiile de intarire a Eului constau din sugestii suportive generalizate pentru a creste increderea pacientului, abilitatile de coping, imaginea de sine pozitiva si indemanari interpersonale. Hartland (1971) crede ca pacientii trebuie sa se simta increzatori si destul de puternici pentru a lasa sa treaca simptomele lor.

Scenariul de hipnoza din apendicele E furnizeaza o lista de sugestii de intarire a Eului generalizate care pot fi in mod rutinier utilizate in hipnoterapie cu o varietate de conditii medicale si psihologice. Torusi, cand lucram cu depresivii este important sa mestesugim sugestii de intarire a Eului mai curand decat sa spunem: „In fiecare zi te vei simti mai bine.”, este recomandat sa sugeram: „Ca un rezultat al acestui tratament si ca un rezultat ca tu asculti caseta de auto-hipnoza in fiecare zi, vei incepe sa te simti mai bine.” Acest set de sugestii nu suna doar logic, ci imbunatateste continuarea terapiei si ascultarea casetei cu auto-hipnoza zilnic (Alladin, 2006a, b, 2007b).

Sugestii post-hipnotice

Inaintea terminarii sedintei hipnotice, sunt date sugestii posthipnotice pentru a contracara probleme comportamentale, emotiile negative si cognitiile disfunctionale sau auto-afirmatiile negative. Tendintele depresive sunt de a rumina

autosugestiile negative, in mod particular dupa experimentarea unui afect negativ (ex. „Nu voi fi capabil sa fac fata”). Acest lucru poate fi privit ca o forma de sugestie posthipnotica, care devine parte a ciclului depresiv. Pentru a sparge ciclul depresiv este foarte important sa contracaram cognitiile disfunctionale. Aici sunt cateva exemple de sugestii posthipnotice furnizate de Alladin (2006a, p. 162) pentru a contracara cognitiile disfunctionale:

- In timp ce tu esti intr-o situatie suparatoare, vei deveni mult mai constient de modul in care vei face fata mai curand decat te vei concentra pe sentimentele depresive.
- Cand planifici si actionezi pentru a imbunatati viitorul tau, te vei simti mult mai optimist in legatura cu viitorul.
- In timp ce te simti implicat in a face lucruri, vei fi motivat sa faci mai multe lucruri.

Yapko (2003) considera sugestiile posthipnotice ca fiind o parte foarte necesara a procesului terapeutic, daca pacientul trebuie sa ia in considerare noi posibilitati de a experimenta viitorul. Din acest motiv, multi clinicieni utilizeaza sugestiile post-hipnotice pentru a forma comportamentul pacientilor lor. De exemplu, Clarke si Jackson (1983) considera sugestia post-hipnotica ca fiind o forma de „conditionar inalt ordonata”, care are functii de intarire atat pozitiva cat si negativa pentru a creste sau descreste probabilitatea comportamentelor dorite sau nedorite. Ei au utilizat cu succes sugestiile post-hipnotice pentru a marii efectul expunerii in vivo printre agorafobici.

Antrenamentul auto-hipnozei

Componenta de auto-hipnoza a hipnoterapiei cognitive este destinata sa creeze afectul pozitiv si sa contracareze cognitia disfunctionala prin intarirea Eului si sugestii post-hipnotice. La sfarsitul primei sedinte de hipnoterapie pacientului ii este data o caseta audio cu auto-hipnoza (construita din scenariul din apendicele E) destinata sa creeze un cadru bun al mintii; ofera sugestii de intarire a Eului si furnizeaza sugestii post-hipnotice. Ultimul scop al psihoterapiei este de a ajuta pacientul deprimat sa stabileasca increderea in sine si independenta. Alman (2001) crede ca pacientii pot obtine increderea in sine si o putere personala prin invatarea auto-hipnozei. Yapko (2003) sustine ca invatarea auto-hipnozei si strategiile de rezolvare a problemelor pentru pacienti le permite sa dezvolte mecanisme de auto-corectare care le da control asupra vietii lor. Aceste observatii au fost confirmate prin studiul raportat de Alladin si Alibhai (2007).

Sedintele 8-10: Restructurarea cognitiva sub hipnoza

Odata ce pacientii depresivi se familiarizeaza cu terapia cognitiv-comportamentala si hipnoza, urmatoarele trei sedinte integreaza strategii cognitive si hipnotice in tratament. Foarte adesea, in cursul terapiei cognitiv-comportamentale, un pacient este incapabil sa acceseze cognitii precedand anumite emotii negative. Deoarece hipnoza furnizeaza accesul la procesarea cognitiva inconstienta, distorsiunile cognitive neconstiente si auto-schemele pot fi usor remediate si restructurate sub hipnoza. Acest lucru este realizat prin directionarea atentiei pacientului la continutul psihologic al unei experiente sau situatii. Pacientul este ghidat sa-si concentreze atentia asupra unui domeniu specific de preocupare (de exemplu, tea lui Jackie de a-si indrepta atentia asupra functiilor sociale) si de a stabili legatura intre cognitie si afect. Odata ce cognitiile negative sunt identificate, pacientul este instruit sa restructureze cognitiile maladaptative si apoi sa-si indrepte atentia catre restructurarea raspunsurilor sincretice (dezirabile). Hipnoza, de asemenea, furnizeaza un vehicol catre modul cum distorsiunile de sub nivelul constientizarii pot fi explorate si extinse. Eu utilizez patru strategii hipnotice pentru restructurarea distorsiunilor cognitive sub hipnoza: regresia la evenimentul care a facut sa apara afectul negativ; regresia la evenimentul traumatic original; editarea dosarului inconstient; si tehnicile imageriei simbolice pentru a face fata variatelor probleme emotionale cum ar fi vina, temerile, indoielile si anxietatile.

Regresia la evenimentul activator

In timp unei stari de transa hipnotica profunda este sugerat ca pacientul isi imagineaza o situatie care in mod normal ii provoaca suferinta. Apoi, pacientul este instruit sa se concentreze pe raspunsuri emotionale, psihologice si comportamentale si apoi sa devina constient de cognitiile disfunctionale asociate. Este incurajat sa identifice sau sa „inghete” (cadru cu cadru, ca un film) cognitiile gresite in termenii gandurilor, credintelor, imaginilor, fabteziilor si viselor. Odata ce s-a stabilit ca in mod particular cognitia gresita este inghetata, pacientul este antrenat sa o inlocuiasca cu o gandire sau imaginatie mult mai adecvata si apoi sa isi indrepte atentia asupra raspunsurilor sincretice rezultate (dezirabile). Acest proces este repetat pana cand se stabileste ca cognitia gresita legata de o situatie specifica este considerata ca fiind restructurata cu succes. De exemplu, cand Jackie a raportat „Nu stiu de ce m-am simtit deprimat la petrecerea de saptamana

trecuta”, i s-a facut regresie hipnotica inapoi la petrecere si incurajata sa identifice si sa restructureze cognitiile grsite si sa continue cu procesul pana cand ea se putea gandi la petrecere fara sa fie suparata.

Regresia la trauma

Aceasta strategie este utilizata atunci cand terapia devine importanta pentru a identifica originea credintei profunde. Alladin (2006a) a desris cazul Ritei o casnica de 39 de ani cu o istorie de 10 ani de tulburari depresive majore, recurente care a raspuns bine la hipnoterapie cognitiva, dar a continuat sa aiba somptome de disfunctie sexuala, care adesea servit la aparitia depresiei. Oricand sotul ei se arata interesat de ea, inclusiv scenarii non-sexual ea se simtea inghetata si claca. Rita a fost „convinsa ca era ceva rau cu ea la un nivel inconstient care putea afecta dorinta sa sexuala si activitatea sexuala” (Alladin, 2006a, p 176-7). Regresia hipnotica a ajutat-o sa stabileasca legatura intre afectul si cognitia ei. Prin regresie hipnotica, Rita a fost capabila sa-si aminteasca un incident cand a fost molestata de unchiul ei cand avea 7 ani. Avea atat de multa dragoste si respect pentru unchiul ei incat a devenit confuza dupa incident si a concluzionat, „Barbatii sunt rai: Nu ii voi lasa niciodata sa se apropie de mine.” Odata ce aceste cognitii disfunctionale profunde au fost identificate, tehnica cercului vietii a fost utilizata pentru a intelege ca nu toti barbatii sunt rai. Ea a fost de asemenea incurajata sub hipnoza sa-si dea permisiunea de a inlatura promisiunea ca ea nu va lasa ca un barbat sa o atinga, deoarece aceasta promisiune a fost facuta cand ea era copil si total confuza.

Editarea si stergerea fisierului inconstient

O metoda contemporana de restructurare cognitiva sub hipnoza utilizeaza metoda editarii sau stergerii fisierelor de pe computer vechi. Aceasta metoda este utilizata in mod particular cu copiii si adolescentii. Cand pacientul este intr-o stare de transa hipnotica profunda, pacientul este instruit sa devina constient de „sentimentele bune” (dupa intarirea eului si amplificarea sentimentelor pozitive) si apoi directionat sa se concentreze asupra realizarilor si succeselor personale (starea Eului adult). Aici sunt facute incercari pentru a face ca pacientul sa se concentreze asupra facultatilor sau cognitiei de ego adult, judecand si testand realitatea. Odata ce acest lucru este relizat, pacientul este gata sa lucreze asupra modificarii invatarii vechi si experientelor vechi. Pacientul este instruit sa-si imagineze cum deschide un vechi fisier al computerului care cere editare si stergere. De la inceputul sedintei, este in mod obisnuit decis asupra carui fisier, pacientul ar trebui salucreze. Odata ce pacientul este capabil sa acceseze fisierul specific, pacientul este instruit sa-l editeze sau sa-l stearga, acordand atentie particulara cognitiilor disunctionale,

comportamentelor maladaptative si sentimentelor negative. Prin stergerea si editarea metaforica a fisierului, pacientul este capabil sa domoleasca distorsiunile cognitive, gandirea magica, auto-blamarea si alte scenarii mentale auto-destructive. Celelalte proceduri de restructurare hipnotica, cum ar fi puntea puntea afectului, regresia de varsta, progresia de varsta si inducerea visului pot fi de asemenea utilizate pentru a explora si restructura auto-schemele negative.

Tehnicile imageriei simbolice

Depresia poate fi adesea mentinuta prin sentimente constiente si inconstiente de vina si auto-blamare (gunoi vechi). Variatele tehnici hipnotice pot fi utilizate pentru a recadra experientele trecute ale pacientului care provoaca vina si auto-regret. Hammond (1990) descrie cateva tehnici de imagerie simbolica pentru a face fata vinei si auto-blamarii. Patru tehnici de imagerie simbolica pentru a face fata vinei si auto-blamarii sunt descrise pe scurt mai jos. Aceste tehnici sunt in mod normal utilizate cu pacientii depresivi intr-o faza mai tarzie a tratamentului, dupa ce pacientul este suficient obisnuit atat cu terapia cognitiv-comportamentala, cat si cu hipnoterapia. Este recomandat sa se utilizeze aceste tehnici cand pacientul este intr-o stare de transa profunda.

- *Usa iertarii* (Watkins, 1990). Aceasta tehnica a fost nascocita de Helene Watkins pentru a ajuta pacientii sa descopere auto-iertarea. Pacientul este rugat sa-si imagineze ca paseste pe un coridor, la capatul caruia este o usa a iertarii. In timp ce paseste pe coridor, pacientul observa cateva usi, pe fiecare parte a coridorului, de care el trece inainte de a ajunge la usa iertarii. Unele din aceste usi pot parea familiare sau pline de semnificatie pentru pacient. Pacientul este incurajat sa deschida fiecare usa pe rand si sa descrie terapeutului ce observa in interiorul camerei. Ideea este ca pacientul sa rezolve orice experienta sau relatie din trecut care provoaca vina, inainte de a ajunge la usa iertarii. Foarte adesea, cand un pacient intra printr-o usa, o abreactie emotionala poate aparea. Terapeutul nu furnizeaza vreo interpretare si nu actioneaza pentru a ierta. Rolul terapeutului este de a furniza directie si suport.
- *Aruncarea murdariei* (Stanton, 1990b). Stanton utilizeaza imaginea rufelor murdare pentru a ajuta pacientii sa curete murdaria nedorita, cum ar fi temerile, indoiala, anxietatile si vina. Pacientul este rugat sa-si imagineze intra intr-o camera cu rufe murdare care sunt intr-o cada. Apoi sa-si imagineze ca umple cada cu apa, deschizand o trapa a usii din capat si aruncand murdaria in apa, care devine din ce in ce mai neagra. In final, pacientul isi imagineaza ca trage dopul cizii si lasa apa murdara sa se scurga din cada.

- *Camera si focul* (Stanton, 1990b). Aici imaginea unui semineu este utilizata pentru arderea gunoiului nedorit. Pacientul este rugat sa-si imagineze ca, coboara cu liftul de la etajul zece al unui hotel in pivnita. In subsol este o camera calduroasa cu un mare semineu si un foc arzand. Pacientul este rugat sa-si imagineze ca arunca in foc „Lucruri pe care nu doresti sa le pastrezi in viata ta, cum ar fi temeri, indoieli, anxietati, ostilitati, resentimente si vini.... pe rand, avand o senzatie de eliberare in timp ce ele sunt transformate in cenusa” (Stanton, 1990b, p. 313).
- *Tehnica balonului rosu* (Hammond, 1990). Hammond utilizeaza aerul fierbinte al balonului ca o metafora de a conduce emotiile negative nedorite, cum ar fi vina si furia. Pacientul este rugat sa-si imagineze ca urca dealul cu un mare rucsac. In timp ce pacientul isi imagineaza ca urca dealul, rucsacul devine din ce in ce mai greu. Apoi, pacientul isi imagineaza ca traverseaza o mlastina cu un balon cu aer cald care constine un urias cos. Pacientul isi imagineaza ca arunca, povara grea, rucsacul greu si ca arunca toate obiectele in plus si nedorite din rucsac din rucsac in cosul uris al balonului. In final, pacientul elibereaza balonul si in timp ce balonul zboara departe, pacientul se simte usurat pentru ca s-a despoarat de gunoiul nedorit.
-

Sedintele 11-12: Schimbarea atentiei si inducerea dispozitiei pozitive

Depresivii au tendinta de a deveni preocupati de ganduri catastrofice si imagini negative. Astfel de ruminari pot deveni usor obsesionale in natura si pot face creierul sa dezvolte cai depresive, impiedicand astfel progresul terapeutic. Pentru a contracara dezvoltarea cailor depresive, tehnica inducerii dispozitiei pozitive este utilizata si exercitiile de schimbare a atentiei sunt introduse pentru a rupe ciclul ruminarilor negative.

Inducerea dispozitiei pozitive

La fel cum creierul poate fi facut sa produca cai depresive prin concentrarea constienta negativa (Schwartz si colaboratorii, 1976), creierul poate fi de asemenea facut sa dezvolte sa dezvolte cai antidepresive si fericite prin concentrarea pe imageria pozitiva (Schwartz, 1984). Exista dovezi empirice extensive ca cognitia directionata poate produce schimbari neuronale in creier si ca afectul pozitiv poate

spori comportamentul adaptativ si flexibilitatea cognitiva (vezi Alladin, 2007b). In acest context teoretic si empiric, Alladin (1994, 2006a, 2007b) au nascocit tehnica inductiei dispozitiei pozitive pentru a contracara caile depresive si a dezvolta cai anti-depresive. In plus fata de furnizarea unei abordari sistematice pentru dezvoltarea cailor anti-depresive, tehnica, de asenea fortifica creierul sa indeparteze simptomele depresive, astfel prevenind recadere si recurenta episoadelor depresive viitoare.

Tehnica inducerii dispozitiei pozitive consta din cinci pasi: educarea; intocmirea unei liste de exxperiente pozitive; inducerea dispozitiei pozitive; sugestii post-hipnotice; si practica pentru acasa. Pentru a educa pacientul, terapeutul furnizeaza un motiv stiintific pentru dezvoltarea cailor anti-depresive. Apoi pacientul este sfatuit sa faca o lista de 10 pana la 15 de experiente placute sau pozitive. Cand este in transa profunda, pacientul este instruit sa se concentreze pe o experienta pozitiva din lista de experiente pozitive, care este apoi amplificata cu sprijinul terapeutului. Tehnica este similara cresterii experientei afective si exprimarii sale, descrisa mai devreme. Totusi, pentru a dezvolta cai antidepresive, un accent mai mare este pus pe producerea schimbarilor somato-senzitive pentru a induce schimbari psihologice concomitente persistente. Procedura este repetata cu cel putin trei experiente pozitive din lista de experiente pozitive. Sugestiile post-hipnotice sunt furnizate astfel incat, pacientul, cu practica, va fi capabil sa regreseze complet cand practica acasa cu lista.

Schimbarea atentiei

Pacientul este incurajat sa practice cu lista de patru sau cinci ori pe zi si de a face schimbarea de la experientele negative sau „Indezirabile”; oricand pacientul devine constient de persistenta acestora el va fi instruit sa „le scoti din minte si sa le inlocuiesti cu unele placute din lista”. Aceasta procedura furnizeaza o alta tehnica pentru slabirea cailor depresive si intarirea „Cailor fericite”. Cu alte cuvinte, pacientul invata sa inlocuiasca cognitiile disfunctionale cu auto-hipnoza pozitiva. Yapko (1992) argumenteaza ca, din moment ce depresivii utilizeaza cognitii disfunctionale pentru a crea experienta realitatii depresive, ei pot in mod egal invata sa utilizeze auto-hipnoza pozitiva pentru a crea o experienta a realitatii antidepresive.

Sedinta 13: Antrenamentul activ interactiv

Aceasta tehnica ajuta sa se rupe obiceiurile „disociative” si incurajeaza „asociatia” cu mediul relevant. Cand interactioneaza cu mediul lor intern sau extern, depresivii tind in mod autoat sa disocieze, mai curand decat sa

interactiuneze activ cu informatia externa relevanta. Interactiunea activa necesita sa fii in alerta si „pregatit” in legatura cu informatia care vine (realitatea conceptuala), cata vreme disocierea automata consta intendinta de a se ancora la „realitatea interioara” (scheme negative si sentimente sincretice asociate), care inhiba realitatea testand sau evaluand realitatea conceptuala.

Pentru a preveni disocierea automata, o persoana trebuie sa devina constienta de aparitia unui astfel de proces; in mod activ, incercarea de a o inhiba, prin schimbarea atentieie, departe de „ancorele rele”; si in mod activ incercarea de a da atentie provblemelor relevante sau realitatii conceptuale. Cu alte cuvinte, pacientul invata sa angajeze emisfera stanga in mod activ, devenind analitici, logxix, realisti si sintactici. Edgette si Edgette (1995, p. 145-58) au discutat de asemenea cateva tehnici pentru dezvoltarea disocierii adaptative. De exemplu, un pacient cu disociere habituala maladaptativa poate fi antrenat sa imbratiseze disocierea adaptativa, care ajuta la contracararea disocierii maladaptative, oprind sentimentul de pesimism si sentimentul de neajutorare si detasandu-se de auto-vorbirea toxica.

Sedinta 14: Antrenamentul indemanarilor sociale

Youngren si Lewinshon (1980) au furnizat dovezi ca lipsa indemanarilor sociale poate cauza si mentine depresia la unii pacienti. O sedinta (sau mai multe sedinte daca este necesar) sunt de aceea dedicate pentru a invata indemanarile sociale si pacientul este sfatuit sa citeasca bibliografie adecvata. Antrenamentul indemanarilor sociale poate fi imbunatatit prin hipnoza, prin antrenamentul imageriei si repetarea imaginara.

Sedinta 15: Activarea comportamentala

Lewinshon si Gotlib (1995) au propus teoria comportamentala a depresiei, care sugereaza ca stresul vietii poate conduce la depresie, prin reducerea intaririlor pozitive in viata persoanei. Ca un rezultat, persoana deprimata incepe sa se retraga, provocand si mai multa reucere a intaririlor pozitive, conducand la si mai multa retragere si astfel creand un ciclu care se auto-perpetueaza al depresiei. De aceea nu este surprinzator ca depresia este caracterizata prin sentimentul de tristete, mizerie si un sentiment de apatie, rezultand reducerea capacitatii de a experimenta placerea sau de raspunde pozitiv la anticiparea placerii. O astfel de inhibitie a mecanismului placerii conduce la interes si investire diminuate in ceea ce priveste mediul. In consecinta, depresivii sunt incapabili sa se bucure sau sa participe in activitati care provoaca placere cum ar fi hobbiuri, mancare, sex sau interactiune

sociale. Cel puțin o sesiune este dedicată pentru a ajuta pacienții deprimati să învețe să facă față comportamentelor evitante și ei sunt încurajați să devină implicați în exerciții fizice. Proiecția mai departe, repetiția imaginară, întărirea euului și sugestiile post-hipnotice pot fi utilizate pentru a crește motivația (vezi Alladin, 2007b, capitolul 13 pentru o descriere completă a terapiei de activare comportamentală)

Sesiunea 16: Antrenamentul minții

Depresia implică retragere sau îndepărtarea de experiență pentru a evita durerea emoțională (Germer, 2005). O astfel de retragere poate priva persoana deprimată de viața care poate fi descoperită doar în experiența directă. Germer crede că rezultatul unei terapii de succes rezultă din schimbările în relația pacientului cu forma sa particulară de suferință. De exemplu, dacă un pacient deprimat decide să fie mai puțin supărat de evenimente, atunci, probabil, suferința sa va scădea. Antrenamentul minții ajută persoana deprimată să devină mai puțin supărată de experiențele neplăcute și astfel mai puțin reactivă la evenimentele negative din momentul prezent. Teasdale și colaboratorii (2000) au furnizat dovezi empirice că antrenamentul minții bazat pe terapia cognitiv-comportamentală reduce recăderea în depresie.

Antrenamentul minții poate fi ușor integrat în hipnoterapie în managementul depresiei. Lynn și colaboratorii (2006, p. 145) sugerează că „hipnoza și antrenamentul minții sunt bazate pe abordări care pot fi utilizate în tandem pentru a crea seturi de răspunsuri adaptative și să amelioreze seturile de răspunsuri maladaptative.” Ei recomandă utilizarea hipnozei pentru a cataliza abordările bazate pe antrenamentul minții. Antrenamentul minții este introdus pentru pacientul deprimat aproape de sfârșitul sesiunilor de hipnoterapie cognitivă. Eu am descoperit că următorul antrenament secvențial al antrenamentului minții este util pentru pacienții deprimati: educarea, antrenarea și hipnoterapia.

Educarea

Pacientului îi este dat un avertisment o dovadă experimentală a factorilor de risc implicați în exacerbară, recurență și recăderea depresiei, în mod particular după tratamentul fazei acute sau când boala este în remisie. Apoi strategii diferite pentru prevenirea recăderii sunt discutate, accentuând simplitatea și eficiența antrenamentului minții. Odată ce pacientul este de acord cu antrenamentul minții, complexitatea ființei umane este discutată și, în acest context este accentuat că sentimentele și gândurile sunt o parte a noastră și nu întregul nostru sine. Este

subliniat ca sentimentele si gandurile nu sunt o realitate obiectiva, ci stari tranzitorii care „vin si pleaca la fel ca un nor, dar cerul ramane acelasi.”

Antrenarea

Antrenarea implica antrenamentul mintii *informal* constand in exercitiul de meditatie a scanarii corpului adaptat dupa Segal, Williams si Teasdale (2002, p. 112-13) Pacientului ii este furnizat urmatorul scenariu pentru a invata meditatia asupra scanarii corpului.

Meditatia asupra scanarii corpului

1. Intinde-te pe spate pe o rogojina de pe podea sau pe pat si ia o postura confortabila si permite ochilor tai sa se inchida bland.
2. Acorda-ti cateva momente pentru a intra in legatura cu respiratia si senzatiile corpului tau. Devino constient de miscarile din buricul tau, simtind cum cresc si se extind bland cu fiecare respiratie, si se ridica si coboara cu fiecare expiratie. Cu fiecare expiratie iti permiti sa lasi ca totul sa treaca si sa te scufunzi pe rogojina sau pe pat.
3. Devii constient de senzatiile fizice din corpul tau, observand senzatia de atingere sau presiune in corpul tau acolo unde face contact cu rogojina sau cu patul.
4. Iti amintesti motivele pentru aceasta practica. Intentia ta nu este sa te simti diferit, ci sa devii constient de orice senzatie pe care o detectezi in timp ce iti concentrezi atentia asupra fiecarei parti a corpului tau. Te poti simti sau nu te poti simti calm sau relaxat.
5. Acum acorda atentie locului mai jos de abdomen. Devii constient de senzatiile fizice din peretele abdominal, in timp ce inspiri si expiri. Ramai conectat cu peretele tau abdominal pentru cateva minute acordand atentie senzatiilor si sentimentelor in timp ce inspiri si expiri.
6. Acum muta-ti atentia sau „punctul luminos” al constientizarii de la abdomenul tau, in jos, la piciorul stang, si in jos la degetele de la piciorul stang. Devii constient de senzatiile din degete, poate observi o senzatie de contact intre degete, o senzatie de gadilare sau caldura sau nici o senzatie in mod particular.
7. Acum poti muta punctul luminos catre respiratia insasi. De fiecare data cand inspiri iti imaginezi ca aerul intra in plamani, calatorind in jos catre piciorul tau stang, pana la degetele de la piciorul tau stang. De fiecare data cand vei expira vei observa ca ca expiratia paraseste degetele de la picioare, mutandu-se mai sus in piciorul tau stang, in abdomen si piept, in

sus, iesind prin nas. Continua sa inspire si sa expiri in jos catre degetele de la picioare. Aceasta poate parea dificil, dar fa tot ce poti si abordeaza acest lucru ca pe un joc.

8. Urmatorul pas este sa lasi sa treaca constientizarea de la degetele de la picioare si sa te concentrezi pe varful piciorului tau stang, devenind constient de senzatiile din talpa piciorului tau, din calcai, probabil observand senzatia din calcaiul tau cand face contact cu rogojina sau patul.
9. Cu fiecare inspiratie, permiti acum ca, constientizarea ta sa se extinda in restul piciorului tau- in glezna, varful piciorului tau, si drept in oase si articulatii. In timp ce respiri usor, permiti ca, constientizarea sa se mute la partea de jos a piciorului stang – in gamba, fluierul piciorului, genunchi si asa mai departe, pe rand.
10. Acum, continui sa devii constient de senzatiile fizice din fiecare parte a restului corpului tau, pe rand – catre degete de la piciorul drept, piciorul drept, zona pelviana, spate, abdomen, piept, degetele de la maini, maini, brate, umeri, gat, cap si fata. Nu are importanta cat de bine o faci, pur si simplu fa tot ce iti sta in putinta. Pur si simplu continua sa devii constient de senzatia prezenta in corpul tau. In timp ce parasesti fiecare zona, „inspire” si si apoi parasesti zona atunci cand expiri.
11. Cand devii constient de orice tensiune sau senzatie intensa din oricare parte a corpului tau, pur si simplu inspira. Utilizeaza inspiratia bland pentru a deveni constient de senzatia si de sentimentul de eliberare sau las-o sa treaca odata cu expiratia.
12. Din cand in cand, mintea ta isi va indeparta atentia de la respiratia si de la corpul tau. Aceasta este normal. Aceasta este ceea ce face mintea. Astfel ca atunci cand vei observa ca mintea ta isi indeparteaza atentia, pur si simplu observa, recunoaste-o bland, observa daca s-a indepartata, si intoarce-ti atentia bland la acea parte a corpului asupra acelei parti a corpului asupra careia vrei sa te concentrezi.
13. Dupa scanare intregul tau corp este in atentie, petreci cateva minute devenind constient de senzatia corpului tau ca un intreg si respiratia ta intra si iese din corp.
14. In timp ce practici, daca descoperi ca ai adormit, iti poti sprijini capul utilizand o perna, sau poti practica ridicandu-te.

Hipnoterapia

Lynn si colaboratorii (200[^]) argumenteaza ca instructiunile de baza pentru a practica antrenamentul mintii pot fi oferite ca sugestii hipnotice, asa cum pot fi

oferite celelate sugestii imaginative sau de schimbare a atentiei. Aceste scenarii ale lui Lynn si colaboratorii (2006, p.155) ilustreaza modul cum sugestiile hipnotice si imaginile pot facilita antrenamentul mintii.

Imagineaza-ti ca gandurile tal sunt scrise pe pancarda purtata de soldati la o parada (Hayes, 1987) sau gandurile continua sa se dizolve pe masura ce parada traverseaza o parada ((Rinpoche, 1981, p.53). Observa parada gandurilor fara sa devii absorbit de nici unul din ele.

Mintea este cerul si gandurile, sentimentele si senzatiile sunt norii care traverseaza cerul; pur si simplu urmareste-le (Linehan, 1993).

Imagineaza-ti ca fiecare gand este o unda pe apa sau o lumina pe cer. Ele in mod natural se disolva (Rinpoche, 1981, p.44).

Lynn si colaboratorii (@00^)^ recomanda de asemenea utilizarea sugestiilor hipnotice si post-hipnotice pentru a incuraja pacientii sa practice antrenamentul mintii in mod regulat; sa nu fie descurajati cand atentia se indeparteaza in timpul antrenamentului; sa invete sa accepte ceea ce nu poate fi schimbat; sa nu se identifice in mod personal cu sentimentele in timp ce ele apar; sa invete sa tolereze sentimentele problema; si sa aprecieze ca sentimentele problema si gandurile nu sunt permanente.

Sustinerea si sedintele urmatoare

Hipnoterapia cognitiva schitata mai sus, in mod normal necesita 16 sedinte saptamanale. Unii pacienti pot, totusi, necesita cateva sau mai multe sedinte. Dupa aceste sedinte, sustinerea in plus sau sedinte in plus pot fi furnizate daca se cere.

SUMAR

Urmand o scurta revizuire a descrierii clinice si tratamentul curent al depresiei, etapele hipnoterapiei cognitive au fost descrise. Hipnoterapia cognitiva furnizeaza o varietate de interventii de tratament pentru depresie din care un terapeut poate alege strategii care se potrivesc cel mai bine pentru un client particular deprimat. Hipnoterapia cognitiva care este bazata pe un model de feedback circular al depresiei, imbratiseaza motivul pentru combinarea terapiei cognitiv-comportamentale cu hipnoterapia in managementul depresiei si abordarea formularii cazului adoptata in acest capitol ghideaza clinicianul in selectarea celor mai eficiente strategii de tratament pentru pacientul particular. Totusi, numarul de

sedinte si secventa etapelor hipnoterapiei cognitive sunt determinate de necesitatile clinice ale fiecarui pacient. Hipnoterapia cognitiva, de asemenea ofera tehnici inovative pentru tratarea depresiei, cum ar fi dezvoltarea cailor anti-depresive si hipnoterapia prin antrenamentul mintii.

Desi exista unele dovezi empirice pentru eficacitatea hipnoterapiei cognitive, mai multe studii sunt cerute inainte de a realiza statutul Asociatiei Americane de Psihiatrie pentru cel mai bun tratament pentru depresie. Conducand acest tip de cercetare se poate facilita ca hipnoza clinica sa devina recunoscuta ca o forma respectabila si valida de psihoterapie.

HIPNOTERAPIA COGNITIVA IN MANAGMENTUL MIGRENEI

INTRODUCERE

Desi migrena este una din cele mai comune tulburari intalnita de medicii de familie, ea este putin recunoscuta, putin diagnosticata si putin tratata in practica clinica (Taylor & Martin, 2004). Este estimat ca aproximativ 18% dintre femei si 6% dintre barbati din Statele Unite sufera de migrena asa cum este ea definita de Societatea Internationala in ceea ce priveste Duterile de Cap (Stewart si colaboratorii, 1991). Este de asemenea mai disabilitanta si mai dureroasa si de mai lunga durata decat celelate tipuri de dureri de cap. Migrena este o problema de sanatate publica care are un enorm impact, atat asupra individului care sufera, cat si asupra societatii. Aproape unul din patru dintre locuitorii Statelor Unite au pe cineva cu migrena si 25% dintre cei care sufera experimenteaza patru sau mai multe atacuri pe luna, 35% experimenteaza unu pana la patru atacuri severe intr-o luna si 38% experimenteaza cel putin un atac sever pe luna (Lipton si colaboratorii, 2005). Aproximativ jumatate din cei care sufera de migrena au o disabilitate severa sau necesita odihna la pat in timpul unui atac (Lipton si colaboratorii, 2001) si multi dintre ei au comorbiditate psihiatrica, cum ar fi anxietate si depresie si experimenteaza stress legat de exacerbaria durerilor de cap (Lake, 2001).

Migrena reduce calitatea vietii si multi din cei cu migrene traiesc cu teama ca oricand un atac ar putea intrerupe abilitatea lor de a lucra, de a avea grija de familiile lor sau de a nu-si putea indeplini obligatiile sociale (Lipton si Bigal, 2006); aceste preocupari servesc ca un provocator al unui atac de migrena. Durerea de cap este raportata de forte de munca din Statele Unite ca fiind conditia cea mai dureroasa pentru pierderea productivitatii (Stewart si colaboratorii, 2001). Este extimat ca aproximativ 23,7 miliarde de dolari se pierd anual in Statetele Uniten pierderea productivitatii muncii (in termenii absenteismului si productivitate redusa la lucru) si utilizarea serviciilor de ingrijire pentru migrene (Stewart si colaboratorii, 2002).

In ciuda faptului ca este o preocupare a comunitatii si de sanatate publica, cauza exacta a migrenei nu este cunoscuta si nu exista o cura medicala sau psihologica pentru ea. In mod ironic suprautilizarea medicatiei pentru migrena

poate fi un factor agravant sau provocator pentru progresia durerii de cap. (Scher, 2006). Durerile de cap cronice sunt in mod predominant „primare” in origine; aceasta inseamna ca doar in cazuri rare durerile de cap sunt descoperite ca fiind secundare la o patologie (Cady si colaboratorii, 2002). Pentru aceste motive, exista o nevoie urgenta de a cauta alternative de tratament si metode de management.

Capitolul descrie o abordare comprehensiva, hipnoterapia cognitiva, pentru managementul psihologic al migrenei. Desi concentrarea este pe migrena, strategiile de tratament pot fi adaptate pentru alte dureri de cap. Dupa o scurta revizuire a teoriilor curente si tratamentului migrenei, capitolul descrie abordarea hipnoterapiei cognitive care poate fi usor incorporata in managementul migrenei.

DESCRIEREA MIGRENEI

Migrena este o tulburare neurovasculara cu trasaturi clinice heterogene, caracterizate prin atacuri recurente de durere care variaza in frecventa, intensitate si durata. Deoarece nu este disponibil nici un semn biochimic al migrenei, diagnosticul este bazat pe istoria pacientului.

Clasificarea migrenei

Comitetul Clasificarii Durerilor de Cap al Societatii Internationale a Durerilor de Cap, a doua editie, clasifica in primul rand, durerile de cap in patru majore categorii. Migrena este una din categoriile majore a durerilor de cap, subdivizata in sase subcategorii constand din migrena fara aura; migrena cu aura; sindroame periodice incopilarie care sunt in mod comun precursori ai migrenei; migrena retinala; complicatii ale migrenei; si probabil migrena. Migrena fara aura, migrena cu aura si migrena cronica (o forma a migrenei complicate) sunt cel mai adesea intalnite in practica clinica. Atacurile de migrena sunt asociate cu pierderea apetitului, ameteala, voma i sensibilitate exagerata la lumina si sunet si adesea implica tulburari senzoriale, motorii si de dispozitie. Diagnosticul migrenei este facut in mod uzual cand pacientul are o combinatie a acestor trasaturi:

1. Dureri de cap severe, adesea unilaterale si localizate la nivelul templei.
2. Durerea este decrisa ca vibratila, apasatoare sau pulsatila.
3. Prezenta ametelii, vomei si a altor tulburari gastrointestinale.
4. Aversiune fata de stimuli senzoriali puternici cum ar fi lumina puternica, sunete tari sau miros puternic.
5. Durerea este agravata de miscare sau activitatea fizica.

Migrena cu aura este caracterizata de tulburari senzoriale identificabile care preced durerea de cap, in timp ce migrena fara aura are o instalare brusca si vibratii intense, in mod obisnuit unilaterale. Migrena cronica este diagnosticata la pacientii care au migrena 15 zile pe luna sau mai mult (la aproximativ 4% din populatia adulta) in absenta suprainutilizarii medicatiei (Olesen si Lipton, 2006).

Spectrul durerilor de cap

Unii clinicieni au chestionat validitatea clasificarii categorice a durerilor de cap, pentru ca, in practica linica, multi indivizi cu diferite subtipuri de dureri de cap prezinta simptome similare. De exemplu, studiul spectrului (Lipton si colaboratorii) care a explorat relatia dintre diferite dureri de cap primare la pacientii cu migrena, a descoperit ca multi din cei care au migrena cu sau fara aura indeplinesc criteriile pentru migrena probabila si durere de cap de tipul tensiune. Astfel s-a observat un spectru al durerilor de cap primare la populatia cu migrena. Totusi, studiul a descoperit ca pacientii cu diferite dureri de cap diagnosticate au aratat un raspuns similar la sumatriptan. Pe baza acestor descoperiri, investigatiile au concluzionat ca poate exista un mecanism psihopatologic insotitor dovedit de durerile de cap primare, diferite din punct de vedere fenotipic la populatia cu migrena.

Un studiu ulterior (Cady si Schreiber, 2004) a descoperit ca 98% din cei care sufera de dureri de sinus indeplinesc criteriile pentru migrena cu sau fara aura (70%) sau dureri de cap migrenoase (28%) si raspunsul lor la 50 mg de sumatriptan a fost comparabil cu raspunsul pacientilor cu migrena. Aceste descoperiri au fost mai mult confirmate printr-un larg studiu controlat- placebo la peste 3000 de subiecti (Cady si colaboratorii, 2002). Tocmai de aceea ar parea ca durerile de cap sunt parte a spectrului durerilor de cap primare observate la populatia cu migrena. Aceste rezultate au fost de asemenea observate si in alte culturi. Un studiu turcesc recent (Turkdogan si colaboratorii, 2006) cu un mare numar de copii de scoala, 2504, cu varsta cuprinsa intre 10 si 17 ani a demonstrat de asemenea legatura dintre migrena si durerea de cap de tip tensiune. Ei au concluzionat de asemenea ca frecventa aparitiei simptomelor migrenei si durerilor de cap de tip tensiune sugereaza prezenta unei patogenii comune.

In mod similar, Bakal (1982) ii vede pe cei care sufera de dureri de cap cronice ca urmand un continuum, astfel ca diferentele dintre diferitele tipuri de dureri de cap sunt mai curand cantitative decat calitative. Acest punct de vedere sustine ca nu exista categorii separate de dureri de cap (de exemplu migrena, durere de cap de tip tensiune s.a.m.d); in schimb exista durere de cap cronica, care

variaza printre indivizi in termenii intensitatii sale si a frecventei. O componenta cheie a acestui model este ca experienta durerii de cap cronice este ea in sine un factor stresant pentru pacient, care poate ajuta sa se perpetueze tulburarea durerii de cap. Durerea cronica si stresul asociat durerii de cap se poate adauga astfel la stresul total psihologic sau fiziologic la care trebuie sa faca fata pacientul. Avand dureri de cap cronice, astfel cei care sufera devin mult mai susceptibili la noi dureri de cap. Cady si colaboratorii (2002) au propus ipoteze convergente pentru a explica psihopatologia comuna care insoteste migrena si celelalte tipuri de dureri de cap primare comune (vom discuta mai mult, mai tarziu in acest capitol).

Anatomia clinica a migrenei

Este critic sa recunosti ca migrena implica un proces neurologic complex si ca durerea de cap este doar unul din simptomele potentiale. Cady si colaboratorii (2002) descriu fazele migrenei – pre-durerea de cap, durerea de cap si post-durerea de cap – pentru a explica progresia de la o buna functionare a sistemului nervos la o migrena disabilitanta.

Faza pre-durerii de cap

Faza pre-durerii de cap este subdivizata in faza premonitoare si aura. *Faza premonitoare* manifesta semne si simptome care sunt considerate ca fiind precursori ale aparitiei atacului de migrena. Aproximativ 70% dintre migrenosi cu sau fara aura cunosc simptome premonitorii, care includ o varietate de alterari ale dispozitiei, durere musculara, foame, schimbari cognitive, retentia fluidelor si cascata. Totusi, doar 50% dintre migrenosi care experimenteaza simptome premonitorii au un atac de migrena (Giffin si colaboratorii, 2003). Desi acest rezultat sustine existenta fazei premonitorii in migrena, este de asemenea demonstrat ca sistemul nervos adesea se redreseaza din procesul fiziologic al migrenei inainte de a se instala durerea de cap. In contrast cu faza premonitoare, *aura* se manifesta focal, complet reversibil, simptomele neurologice sunt adesea precedate de durerea de cap. Simptomele aurei sunt estimate ca preced aproximativ 50% din atacurile de migrena si se presupune ca sunt provocate de fenomenul electric, numit *raspandirea corticala a depresiei*. Faptul ca prodromul poate aparea independent de durerea de cap, de asemenea demonstreaza ca in unele cazuri sistemul nervos poate scapa de procesul migrenei inainte de dezvoltarea durerii de cap.

Faza durerilor de cap

Faza durerilor de cap este subdivizata dupa intensitatea durerii de cap in : blanda, moderata si severa. Durata fazei blande poate fi destul de variabila, durand catva minute pe zi si se poate rezolva spontan. In timpul fazelor moderata si severa durerea de cap este adesea localizata, agravata de activitate si asociata cu simptome gastrointestinale, fotofobie si fonofobie. Aceste faze dureaza in general de la 4 pana la 72 de ore.

Faza post-durerii de cap

Faza post-durerii de cap poate fi impartita in *rezolutie si faza postdromala*. Faza postdromala este perioada in care unele din simptomele migrenei persista in ciuda rezolutiei durerii de cap. Aceasta faza in mod obisnuit dureaza de la una la doua zile.

FIZIOPATOLOGIA MIGRENEI

Patogeneza migrenei este necunoscuta (Rothner, 2001). Desi cateva ipoteze au fost avansate pentru a explica patogeneza migrenei, nici una din teoriile furnizate si nici una din explicatii nu a luat in considerare varietatea simptomelor prezentate de pacientii cu migrena. Teoria psihopatologica dominanta descrisa in cele mai multe texte este ipoteza neurovasculara (de ex. Rothner, 2001). Ipoteza neuro-vasculara care este bazata pe studii biochimice, in ceea ce priveste neurotransmitatorii si fluxul sangelui in regiunea cerebrala considera migrena ca fiind o sensibilitate mostenita a sistemului vascular trigeminal. Ca raspuns la stimulii interni sau externi, mecanismele cortical, talamic sau hipotalamic fac sa para tatalcul de migrena la indivizii predispusi genetic. Impulsurile generate, apoi se resapndesc in vasculatura craniana, producand o cascada a inflamarii neorogenice si in mod secundar reactivitate vasculara. Aceasta elibereaza neuropeptide vasoactive care activeaza celulele endoteliale, celulele cirkhine si placile, conducand la cresterea aminelor extracelulare, peptidelor si a celorlalti metaboliti. In final rezulta inflamarea sterila, provocand durere care este transmisa central prin nervul trigemen. Procesul ulterior implicat in patogeneza atacului de migrena (vezi Hargreaves si Shepherd, 1999; Taylor si Martin, 2004) este sintetizat mai jos:

- Factorii endogeni (predispozitia genetica) si exogeni (Stresul, dieta, mediul, stilul de viata) coincid pentru a precipita un atac.
- Aura sau simptomele neurologice ale pre-durerii de cap sunt secundare vasospasmului arterelor cerebrale. Aura este in primul rand un eveniment neurologic cauzat de lipsa

- hipofuziunii si hiperfuziunii fluxului sangvin cerebral si imprastierii corticale a depresiei.
- Vasospasmul vasodilata arterele cerebrale si nervul trigemen devine activat.
 - Neuropeptidele, cum ar fi calcitoninul sunt eliberate din nervul trigemen, conducand la si mai multa vasodilatatie a vaelor de sange. Vasodilatatia este perceputa ca un stimul dureros prin nervul trigemen.
 - Stimulul dureros este transmis de la nervul trigemen periferic la neoronii secundari din creier.
 - Neoronii secundari din creier sunt activati si sensibilizati, conducand la o retransmisie a stimulului dureros la neoronii terti din talamus si mai tarziu la cortexul cerebral, unde durerea este perceputa.

ETIOLOGIA MIGRENEI

In discutarea etiologiei migrenei, Feuerstein si Gainer (1982) au accentuat delimitarea de acei factori care predispun un individ la durerile de cap de aceia care o exacerbeaza si o mentin. Acesti factori, argumenteaza ei, pot fi destul de diferiti unul de altul, si de aceea specificatia lor poate ajuta sa se clarifice controversele care insotesc variate teorii ale migrenei. Totusi, identificarea predispozitiei, exacerbarii si mentinerii factorilor poate asista formularea protocoalelor de tratament adecvate.

Unii din acesti facori care sunt presupusi ca predispun, mentin si/sau inrautatesc durerile de cap sunt dieta, vremea, somnul, schimbarile hormonale, stresul psihosocial si variate tulburari medicale. Acesti factori, totusi, trebuie luati in considerre pentru o mica proportie a recurentei durerilor de cap, deoarece ei adesea obtin beneficii modeste. Putine cercetari au fost conduse ca urmare a migrenei, de aceea mai putina atentie a fost data factorilor care mentin durerea de cap cronica. In mod similar, nu a existat nici o cercetare asupra relatiei dintre eforturile de a conduce sau a face fata stresului in mediul natural si frecventa si intensitatea simptomelor durerilor de cap. Totusi, un mare numar de cercetari sugereaza ca modul in care individul face fata stresului poate influenta nu doar raspunsurile la stresul fiziologic, ci de asemenea instalarea si cursul simptomelor (de ex. Holroyd si Andrasik, 1982). Dar in acest punct nu este cunoscut ce stiluri de coping sunt folosite de indivizii vulnerabili la atacurile durerilor de cap.

Bakal (1982) a sugerat o abordare alternativa pentru a studia relatia dintre stres si durerile de cap. Mai curand decat studierea procesului care apare intre persoana si mediul sau, Bakal accentueaza explorarea relatiei dintre pacient si simptomele sale. De aceea procesul critic care mediaza sindromul durerii de cap

cronice este descoperit în relația dintre simptomele experimentate, mecanismele fiziologice care mediază aceste simptome și evaluarea cognitivă a condiției, deoarece tulburarea se dezvoltă în timp. Durerea de cap cronică, sugerează Bakal, ar trebui să fie văzută ca o migrenă care este din greu influențată de acțiunile cognitive ale pacientului și reacțiile în a face față simptomelor. La nivel comportamental, un număr de factori de învățare socială cum ar fi comportamentele la durere, atenția (castigată secundar) pentru simptome, medicația durerii și utilizarea simptomelor pentru a evita cererile mediului neplăcute pot prelungi apariția migrenei (de ex. Philips, 1978).

Mecanismele care sunt considerate ca fiind de importanță primară în etiologia migrenei sunt biologice, psihologice și psiho-fiziologice în natură. Teoriile biologice se concentrează asupra mecanismelor cerebro-vasculare și accentuează rolul agenților biochimici (de ex, serotonina, histamina și catacolamina) ca legături în lanțul evenimentelor care conduc la durerea de cap. Teoriile psihologice se concentrează pe relația dintre variabilele psihologice (de ex. Specificitatea emoțională, factorii psihodinamici, stresul personalității, condițiile psihiatrice și întăririle) și predispoziția către migrenă. Teoriile fiziopatologice accentuează rolul potențial al „stresului” în etiologia migrenei și încearcă să elucideze mecanismele specifice prin care stresul ar putea face să apară durerea de cap. În timp ce nici o teorie nu a fost capabilă să explice de ce anumiți indivizi dezvoltă migrenă și alții nu, sau chiar de ce durerile de cap se dezvoltă în anumite situații și nu în altele, recent Cady și colegii săi (Cady și colaboratorii, 2002; Sheftell și Cady, 2006) au propus ipotezele convergente.

Ipotezele convergente

Ipotezele convergente presupun un continuum văzută de la durerile de cap primare și încercările de a conecta durerile de cap primare cu fiziopatologia migrenei. Ele propun ca un episod de migrenă este inițiat când un sistem nervos vulnerabil este expus la un mediu (intern sau extern) care prezintă risc pentru migrenă. Odată stabilit acest mediu de risc pentru migrenă, sistemul nervos provoacă schimbări în mecanismul sau homeostatic normal, producând simptome premonitorii. Aceste schimbări dau startul unui lanț de evenimente, provocând tulburarea sistemului nervos, unic pentru fiecare individ, rezultând simptome premonitorii diferite. Acest lucru poate conduce la răspândirea corticală a depresiei, astfel începând faza pre-durerii de cap. Răspândirea corticală a depresiei este utilizată pentru a explica mecanismul fiziologic asociat cu aura. Totuși, aura este asociată doar cu 20% din atacurile de migrenă și nu este cunoscut dacă răspândirea corticală a depresiei apare în migrenă fără aura (Bolay și colaboratorii, 2002).

Faza durerii de cap blande a migrenei rezulta dintr-o pierdere neta a modularii inhibitorii centrale a inputurilor senzoriale generate periferic aparand caile aferente ale trigemenului si/sau inputul senzorial din dendridele C 2-3. Perceptia timpurie a durerii de cap este in mod obisnuit secundara la pacientii care experimenteaza tensiune musculara si durere, sensibilitatea pielii sau presiunea sinusurilor sau congestia sinusurilor. Conform lui Cady si colegilor sai, aceste simptome sunt in mod eronat interpretate ca dovezi pentru durerea de cap sinusala sau durerea de cap prin tensiune musculara. Simptomele sunt inrautatite in primul rand prin activarea neurovasculara a cailor aferente trigeminale. Odata ce faza durerilor de cap de la moderate la severe se instaleaza, fiziopatologia migrenei care o insoteste implica progresul, iar neuronii secundari devin sensibilizati. In aceasta etapa, activitatile fizice pot creste presiunea intracraniana, astfel tusitul sau aplecarea in fata pot agrava durerea. Inputurile senzoriale sunt percepute ca neplacute sau dureroase deoarece nivelele inalte ale sistemului nervos devin sensibilizate si in timpul unor atacuri pacientii pot dezvolta alodinie cutanata (experiente anormale de durere ca raspuns la stimuli nedurerosi. Asa cum am observat atunci cand am descris anatomia clinica a migrenei, durerile de cap de la moderate la severe se pot termina in orice punct al evolutiei sale.

Ipotezele convergente au implicatii, atat dignostice cat si clinice. Implicatia diagnostica este ca ipotezele convergente definesc experienta durerilor de cap primare in termenii extinderii activarii si tulburarii sistemului nervos. Totusi, modelul propune ca intregul spectru al durerilor de cap primare pot fi intelese ca aparand din acelasi proces fiziopatologic. Managmentul clinic al durerilor de cap primare ar trebui de aceea sa fie potrivit la intelegerea modelului durerii de cap mai curand decat decat diagnosticand fiecare durere de cap individuala. Desi ipotezele convergente sunt controversate si nu sunt acceptate de specialistii care se ocupa de durerile de cap (de ex. Olesen si Goadsby, 2006), modelul este aplicabil la abordarile psihologice pentru managmentul durerilor de cap, deoarece se concentreaza asupra preventiei si tulburarii modelelor durerilor de cap. Totusi, modelul ia in considerare cei mai cunoscuti factori psihologici, fiziologici si de mediu ca fiind asociati cu migrena.

MANAGMENTUL MIGRENEI

Desi migrena a existat de secole, nu exista cura pentru migrena cronica. De aceea ar fi mult mai adecvat sa vorbim de managmentul migrenei, mai curand decat de tratamentul sau. O varietate de tehnici de managment au fost incercate cu migrena cronica, de la chirurgie la psihoterapie. Urmatoarea sectiune revizuieste pe

scurt managementul farmacologic si psihologic al migrenei.

Managementul farmacologic al migrenei

Migrena nu are deloc beneficii din partea farmacoterapiei. Managementul farmacologic al migrenei poate fi, fie *acut* (abortiv), fie *preventiv* (profilactic). Managementul acut poate fi subdivizat in categorii *specifice* si *nespecifice*. Medicatia specifica migrenei, cum ar fi triptanul si ergotamina, usureaza migrena, dar este in general ineficienta cu durerea non-cefalica (Krymchantowski si Tepper, 2006). Tratamentul acut incearca sa schimbe sau sa stopeze progresia durerii de cap, odata ce a inceput, prin administrarea medicamentelor cu actiune antimigrenoasa, dar nu are in general actiune inpotriva durerii. Triptanul a avut succes indepartarea migrenei in aproximativ 20-68% din pacientii cu migrena (Taylor si Martin, 2004, p. 59). Medicatiile nespecifice sunt eficiente in o larga categorie de dureri care nu sunt legate de migrena si ele includ astfel de agenti ca aspirina, acetaminofen si alte analgezice simple, nesteroidale, medicamente antiinflamatorii, neuroleptice, opioide si combinarea analgezicelor. In plus, unele medicamente pot fi utilizate avand ca tinta simptomele care nu implica durerea, cum ar fi ameteala si voma. Triptanul furnizeaza o eficacitate superioara vasta in comparatie cu agentii nespecifici (Lipton si colaboratorii, 2004). Totusi, ergotamina si triptanul sunt eficiente doar cu tacurile de migrena si nu cu durerea migrenoasa. De aceea, clinicianul se confrunta cu decizia daca sa inceapa tratamentul cu triptan sau cu o combinatie de tratamente nespecifice mai intai. Alegerea tratamentului este in mod obisnuit determinata de caracteristicile migrenei, de nevoile individuale ale pacientului si de cel mai bun rezultat. Pentru a adopta o abordare bazata pe evidenta pentru managementul farmacologic al migrenei, doctorii sunt incurajati sa adopte abordarea treptata (de ex. Incepand cu cele mai simple si inaintand tratamentul si progresand catre un tratament mult mai intensiv daca este necesar) descrisa de Lipton si colegii (Lipton si colaboratorii, 2000).

Tratamentul preventiv este destinat sa reduca frecventa atacului si severitatea atacului. Medicatia profilactica pentru migrena are eficienta in reducerea frecventei atacurilor la aproximativ 50% dintre pacienti (Adelman, Adelman si VonSeggern, 2002) si de aceea Taylor si Martin (2004, p. 64) au recomandat ca „pacientilor trebuie sa li se spuna ca o cura completa pentru durerea de cap nu este posibila in preventia migrenei curente si ca ia ceva timp sa se vada o imbunatatire.” Mathew si Tfelt-Hansen (2006, p. 433) afirma:

Medicii ar trebui sa incurajeze pacientul sa dezvolte expectatii realiste in legatura cu tratamentul migrenei cronice. Este important sa se explice ca migrena este o tulburare recurenta si ca nu exista o cura totala; cel mai bun lucru care poate fi facut este sa se tina durerile de cap sub un anumit control cu medicatie abortiva si preventiva.

Totusi, o parte din medicatie care este eficienta in unele aspecte are efecte adverse si contraindicatii (Mathew si Tfelt- Hansen, 2006). Pentru aceste motive, este nevoie de tratamente alternative.

Managementul psihologic al migrenei

Interventiile psihologice sau nefarmacologice, nu furnizeaza de asemenea o cura pentru migrena. Concentrarea interventiilor psihologice, consta in principal din biofeed-back, antrenament de relaxare si terapie cognitiv-comportamentala, pentru a preveni migrena, desi indemanarile managementului psihologic pot fi de asemenea utilizate pentru a indeparta un atac sau a face fata aparitiei migrenei. In special, scopurile interventiilor psihologice sunt de crestere a controlului personal asupra migrenei; modificarea oricaror comportamente care pot sa faca sa apara atacurile, cresterea durerii sau prelungirea disabilitatii; reducerea frecventei si severitatii migrenei; reducerea disabilitatii si stresului afectiv; si limitarea increderii in farmacoterapia slab tolerata sau nedorita (Holroyd, 2006).

Procedurile psihologice cum ar fi biofeed-back-ul termal sau extracranian, antrenamentul de relaxare, terapia comportamentala, terapia cognitiva si combinarea acestor proceduri au fost gasite ca fiind in general eficiente in managementul migrenei. Recent, un numar de reviste meta-analitice au indicat antrenamentul relaxarii, antrenamentul de biofeed-back al temperaturii, biofeedback-ul temperaturii plus antrenamentul de relaxare,, antrenamentul de biofeedback EMG, terapia cognitiv-comportamentala si terapia cognitiv comportamentala plus biofeedback-ul temperaturii ca fiind mult mai eficiente decat lista de asteptare si alte metode de control (McGrath, Penzien si Rains, 2006). Aceste interventii comportamentale reduce cu 32-49% migrena versus reducerea cu 5% pentru tratamentele necontrolate. Totusi, datele care au urmat (de ex. Blanchard si colaboratorii, 1987) au aratat ca 91% din cei care sufera de migrena au fost semnificativ imbunatatiti cinci ani dupa terminarea tratamentului comportamental al durerilor de cap.

In plus, efectele terapiilor comportamentale au fost gasite ca fiind comparabile efectelor farmacoterapiei. Recent meta-analizele (vezi revista lui McGrath, Penzien si Rains, 2006) au demonstrat virtual o imbunatatire identica a

migrenei atunci cand a fost tratata, fie cu propranolol si flunarizin, fie cu o combinatie a relaxarii cu antrenamentul de biofeedback. Aceste descoperiri sugereaza ca „ cea mai buna medicatie profilactica si terapiile comportamentale pot fi in mod egal optiuni de tratament viabile” (McGrath, Penzien si Rains, 2006, p. 445) pentru migrena.

Hipnoterapia in managementul migrenei

Hipnoterapia este o alta abordare psihologica pentru managementul migrenei, desi este mai putin utilizata decat interventiile cognitiv-comportamentale. O varietate de tehnici hipnotice a fost utilizata in tratamentul migrenei. Hipnoza cel mai adesea implica o anume forma de relaxare in conjunctie cu proceduri hipnotice, destinate sa modifice perceptia durerii si/sau starea emotionala a pacientului. Bakal (1982) vede hipnoza ca un instrument cognitiv pentru invatarea pacientilor cum sa minimizeze durerea in timpul atacurilor si sa devina constienti de evenimentele psihologice care conduc la atacurile durerilor de cap. Spanos si colaboratorii (1979) sustin ca eficacitatea sau ineficacitatea hipnozei si sugestiei pentru a controla durerea este pe larg determinata de abilitatea sau inabilitatea pacientului de a genera cognitii de control al durerii. Sugestiile post-hipnotice au fost de asemenea implementate. Abordarea generala este in ultimul rand directionata catre auto-hipnoza, cand pacientul este capabil sa implementeze strategii specifice pentru a reduce starnirea autonoma, modificarea durerii si imbunatatirea „auto-perceptiei”. Tehnicile specifice utilizate in migrena includ relaxarea, anestezia si transformarea simptomului prin imagerie si intarirea eului (Anderson, Basker si Dalton, 1975; Andreychuk si Skriver, 1975).

Finer (1974) a sugerat ca hipnoza ar trebui sa fie utilizata la inceput, mai curand decat la sfarsit, ca o linie de tratament pentru migrena. Mult mai recent, Hammond (2007), din revizuirea de catre el a eficacitatii hipnoterapiei in migrena concluzioneaza:

nu doar hipnoza s-a dovedit eficace in durerile de cap si migrena, ci si de asemenea un tratament care este relativ scurt si eficient in ceea ce priveste costurile. De asemenea a fost descoperit a fi virtual liber de efectele esecundare, riscuri si reactii adverse si este asociat medicatiei utilizate. Hipnoza ar trebui sa fie recunoscuta ca fiind stiintifica de institutiile de ingrijire si asigurarea medicala ca fiind o practica bazata pe evidenta eficienta.

Institutul National al Evaluarii Tehnologiei Sanatatii asupra Integrarii Abordarilor Comportamentale si Relaxarii in Tratamentul Durerii Cronice si

Insomniei (Institutul National de Sanatate, 1996) a concluzionat de asemenea prin revizuirea rezultatelor studiilor asupra hipnozei in durere, ca hipnoza este eficienta cu durerea cronica, inclusiv cu durerile de cap. In mod similar, revizuirea meta-analitica a cercetarii contemporane asupra hipnozei si managmentului durerii (Montgomery, DuHamel si Redd, 2000) a aratat ca hipnoza indeplineste criteriile Asociatiei de Psihologie (Chambless si Hollon, 1998) ca fiind eficace si tratamentul specific pentru durere, dovedind superioritate fata de medicatie, efectul placebo si alte tratamente. In plus, revizuirea de catre Hammond (2007) a literaturii asupra eficacitatii hipnozei in tratamentul durerilor de cap si migrenelor a concluzionat ca hipnoterapia indeplineste criteriile cercetarii psihologice clinice ca fiind tratamentul bine stabilit si eficace pentru durerile de cap de tip tensiune si migrena.

Principiile managmentului migrenei

Bzat pe intelegerea de catre noi a epidemiologiei, etiologiei si managmentului migrenei, Consortiul Durerilor de Cap din Statele Unite (Silberstei, 2000), Societatea Canadiana a Durerilor de Cap (Pryse-Philips si colaboratorii, 1997) si Grupul Sfatuitorilor in Ingrijirea Primara a Migrenei din Marea Britanie au dezvoltat linii de ghidaj bazate pe evidenta pentru managmentul migrenei. Aceste linii de ghidaj ale tratamentului pot fi sintetizate in sapte principii (vezi Husid si Rapoport, 2006, p. 242):

- Stabilirea unui diagnostic
- Evaluarea disabilitatii si a celorlalti factori
- Educarea pacientilor in legatura cu conditiile lor si tratamentul lor
- Stabilirea expectatiilor realiste
- Incurajarea pacientilor sa devina mult mai activi in ingrijirea lor proprie.
- Dezvoltarea unui plan de tratament adecvat, individualizat
- Programarea unor vizite regulate si reaprecierea si modificarea tratamentului.

HIPNOTERAPIA COGNITIVA PENTRU MIGRENA

Cele sapte principii de tratament pot fi usor integrate in cadrul hipnoterapiei cognitive pentru managmentul migrenei. Hipnoterapia cognitiva combina tehnicile cognitiv-comportamentale cu strategiile hipnotice pentru a maximiza rezultatul tratamentului. Desi cunostintele mele curente nu se raporteaza formal la literatura asupra studiului examinarii efectelor siplimentare ale hipnoterapiei si terapiei cognitiv-comportamentale in managmentul migrenei exista dovezi pentru un astfel

de efect în stresul acut (Bryant și colaboratorii, 2005) și depresie (Alldin și Alibhai, 2007). Schoeneberger (2000) din revizuirea de către el a statutului empiric pentru utilizarea hipnozei în conjuncție cu terapia cognitiv-comportamentală în tratamentul variatelor tulburări emotionale, concluzionează că existența studiilor existente demonstrează beneficiile substanțiale pentru adăugarea hipnozei la tehnicile cognitiv-comportamentale. În mod similar, Kirsch, Montgomery și Sapirstein (1990), din meta-analiza lor a 18 studii care compară tratamentul cognitiv-comportamental cu același tratament suplimentat de hipnoză pentru variate probleme emotionale, a descoperit mărimea tratamentului hipnotic ca fiind mai mare decât intervenția non-hipnotică. Totuși ar trebui să fie subliniat că hipnoterapia cognitivă ar trebui să fie utilizată în migrena ca un tratament adjuvant în abordarea de echipă, care se compune din ceilalți profesioniști ai sănătății pentru a maximiza eficacitatea tratamentului. Strategiile hipnoterapiei cognitive pentru managementul migrenei în contextul celor șapte principii de tratament sunt descrise în detaliu în restul acestui capitol.

Stabilirea diagnosticului

Înainte de a începe tratamentul este important pentru terapeut să obțină în detaliu istoria clinică și să identifice aspectele psihologice, fiziologice și sociale ale durerii de cap a pacientului. În peste 90% din cazuri, diagnosticul migrenei este stabilit obstinad istoria pacientului. Obținerea istoricului de asemenea crește respectul mutual și încrederea dintre pacient și clinician, care poate face diferența între succesul sau eșecul tratamentului. Când pacientul cu migrena este tratat de o persoană care nu este medic, este important să obținem clarificare medicală, diagnostic și celelalte informații medicale, inclusiv asupra intervenției farmacologice de la medicul pacientului. În plus, este crucial să identificăm etiologia organică care poate necesita intervenție medicală.

Evaluarea disabilității

Disabilitatea provocată de migrena are un mare impact asupra pacientului și de aceea o parte crucială a managementului durerii de cap este de a evalua statutul disabilității pacientului cu migrena (Husid și Rapoport, 2006). Chestionarul de evaluare a disabilității migrenei poate fi utilizat pentru a evalua disabilitatea pacienților cu migrena (Stewart și colaboratorii, 1999). Totuși este recomandat ca evaluarea clinică a pacientului cu migrena să fie cîndușă în contextul modelului formularii cazului. Așa cum am discutat în Capitolul 2, principala funcție a formularii cazului este de a nașcoci un plan de tratament eficient (vezi Apendicele B și C). Pentru a identifica mecanismele care însoțesc migrena pacientului în contextul hipnoterapiei, formularea cazului în opt pași (vezi Alladin, 2007b) poate

fi utilizata. Tabelul 4.1. sintetizeaza cei opt pasi necesari pentru a formula cazul migrenei.

Tabelul 4.1. Formularea cazului migrenei in opt pasi

-
1. Listarea semnelor si simptomelor majore ale migrenei si indicarea modului cum ele afecteaza functionarea pacientului.
 2. Formularea diagnosticului formal al migrenei si a cauzelor organice.
 3. Formularea ipotezelor de lucru, de exemplu daca migrena este legata de stress, daca starnita sau legata de atitudinile si credintele pacientului.
 4. Identificarea a ceea ce face sa apara, sa exacerbeze si sa mentina migrena. De asemenea, identificarea medicatiei pacientului, notarea raspunsului la medicatie si comportamentul pacientului „de a lua pstile”.
 5. Explorarea originii migrenei si a modului cum afecteaza aceasta pacientul.
 6. Sintetizarea ipotezelor de lucru.
 7. Schitarea unui plan de tratament, integrand tratamentul farmacologic sau celalate tratamente pe care le poate urma pacientul.
 8. Identificarea fortelor si calitatilor si prezicerea obstacolelor pentru tratament.
-

Educarea pacientilor cu migrena

Pacientul trebuie sa obtina o mai buna intelegere in legatura cu migrena sa si cu tratamentul prescris, sa se obtina o mai buna colaborare a pacientului in legatura cu tratamentul. Educatia ar trebui sa se concentreze in mod particular asupra:

- Intelegerii rolului aparitiei si factorilor agravanti.
- Importantei de a-si conduce in mod rezonabil viata, intr-un ritm predictibil.
- Rolului benefic al relaxarii si auto-hipnozei in domolirea durerilor de cap.
- Intelegerii relatiei dintre anumite activitati (de ex. Sarirea meselor, a nu dormi suficient) si aparitia atacului de migrena.
- Importantei monitorizarii durerilor de cap pentru a prinde comportamentele care le fac sa apara.
- Furnizarii informatiei in legatura cu pericolele medicatiei excesive in ceea ce priveste durerea.
- Motivului si rezultatului pentru utilizarea unui tratament particular.

- Beneficiilor si efectelor adverse ale medicatiei.
- Importantei colaborarii active din partea pacientului.

Stabilirea expectatiilor realiste

Pentru a se asigura un bun rezultat este fundamental sa ne adresam expectatiilor pacientului. Stabilirea „expectatiilor realiste prin stabilirea scopurilor adecvate si discutarea beneficiilor asteptate de la terapie si a modului cat timp ii va lua pentru a le realiza merg alaturi de asigurarea conformarii pacientului” (Husid si Rapoport, 2006, p. 254). Este important sa informam pacientul ca nu exista remedii magice pentru tratarea durerilor de cap. Scopul realist si practic al tratamentului migrenei este de a controla durerea, de a alina celelalte simptome asociate si de a reduce disabilitatea, mai curand decat sa elimine migrena complet. Este de asemenea important sa nu se faca presupuneri in legatura cu motivul pacientului de a cauta tratament. Fiecare pacient are propriile sale preocupari, temeri, expectatii si intrebari. Intr-un studiu asupra 100 de pacienti cu durere de cap care a acordat atentie neurologiei clinice generale, Packard (1987) a descoperit ca in timp ce doi -trei medici credeau ca pacientii in primul rand au dorit o usurare a durerii, pacientii insisi au raportat ca erau mult mai interesati sa li se explice cauzele durerii.

Incurajarea pacientilor de a deveni activi in propria lor ingrijire

Daca un pacient cu migrena nu este doritor sa faca cea mai mare parte din munca si insista sa caute pastile magice, simptomele de usurare pot sa nu fie realizate. Este de aceea foarte important sa incurajam pacientii sa devina activi in propria lor ingrijire si sa-si asume controlul in managementul migrenei, deoarece fara participarea lor activa tratamentul va esua. Husid si Rapoport (2006, p.255) au facut analogia cu zaharul din sangele diabetcilor pentru a-si exprima punctul de vedere: „La fel cum diabeticii trebuie sa-si asume responsabilitatea pentru monitorizarea zaharului din sange si meninerea unei diete adecvate, tot la fel trebuie ca pacientii cu durere de cap sa ia masuri benefice adecvate” Calendarul durerilor de cap poate fi utilizat pentru a obtine implicarea pacientilor in managementul eficient al migrenei. Deoarece calendarele necesita automonitorizarea simptomelor si a luarii medicatiei, pacientii devin in mod automat implicati ca participanti activi in tratamentul lor.

Dezvoltarea unui plan de tratament individualizat

Deoarece fiecare pacient este unic, planul de tratament ar trebui sa fie individualizat. Abordarea formularii cazului utilizata in aceasta carte faciliteaza planurile de tratament individualizate si transforma trasaturile nomotetice in cai bazate pe evidenta din perspectiva idiografica. Urmatoarea sectiune descrie

hipnoterapia cognitivă ca o abordare multi-modală pentru managementul psihologic al migrenei.

HIPNOTERAPIA COGNITIVĂ PENTRU MIGRENA

Hipnoterapia cognitivă pentru migrenă este furnizată în contextul principiilor de tratament generale descrise mai sus. Prototipul de tratament al hipnoterapiei cognitive descris mai jos reprezintă procedura hipnotică de rutină pe care o utilizează de peste 20 de ani cu pacienții cu migrenă. Deși concentrarea este asupra hipnoterapiei, tratamentul în mod obișnuit implică o abordare multi-modală constând din medicație, terapie cognitiv-comportamentală, inocularea stresului și managementul durerii. Ar trebui de asemenea să se nască în minte faptul că cei care suferă de migrenă nu formează un grup omogen. Tratamentul trebuie să fie adaptat la fiecare nevoie clinică a pacientului. Prototipul hipnoterapiei cognitive pentru migrenă constă din inducție hipnotică și adâncire; relaxare și inducerea unei stări de bine; antrenamentul minții asupra corpului; întărirea eiului; managementul durerii prin relaxare și transferul caldurii; antrenamentul de imaginerie pentru vindecare; sugestii post-hipnotice; terapie cognitiv-comportamentală; îndemânări de rezolvare a problemei; antrenament de auto-hipnoză. Unele strategii pentru a face față cazurilor complexe vor fi de asemenea schitate.

Inducția hipnotică și adâncirea

Procedura hipnotică este tintită către cele trei componente principale ale migrenei: schimbările fiziologice (în mod obișnuit dilatarea vaselor de sânge); experimentarea subiectivă a durerii (ex. Luarea pastilelor. Retrăgerea din activitățile familiei și sociale, absența de la muncă). Orice metodă formală sau informală de inducție hipnotică și adâncire poate fi utilizată. Totuși, este recomandat să luăm în considerare câteva puncte înainte de alegerea unei metode de inducție și adâncire. Un pacient cu migrenă poate avea adesea o viziune încețoșată sau o concentrare dificilă sau se poate simți foarte anxios și iritabil și poate fi hipersensibil la variații stimulii. Un terapeut ar trebui să fie conștient de acești factori și ar trebui de aceea să aleagă o tehnică de inducție hipnotică sau adâncire care să nu necesite fixarea ochilor sau hiperatenție sau orice abordare care este probabil să tina încordat pacientul. În plus, inducția hipnotică inițială este înregistrată pentru a face o audiocasetă sau CD pentru a asista pacientul în antrenamentul de autohipnoză, tehnica de inducție necesitând să fie simplă și eficientă. Eu am adoptat *relaxarea cu metoda numărării* după Gibbons (1979), care este ușor adaptată pentru antrenamentul de auto-hipnoză (vezi Apendicele D pentru un scenariu complet de inducție și adâncire).

Relaxarea si inducerea starii de bine

Unul din obiectivele principale pentru inducerea hipnozei este de a induce o stare profunda de relaxare. Prin invatarea de a se relaxa, cei care sufera de migrena sunt capabili sa reduca starnirea simpatica, sa controleze raspunsurile psihologice asociate cu migrena, sa reduca stresul si sa imbunatateasca sentimentele de auto-eficacitate si control (Bernstein, Borkovec si Hazlett- Stevens, 2000). In plus, prin inducerea relaxarii, hipnoza reduce anxietatea si creaza sentimente de bine, astfel furnzand celor cu migrena dovada ca ei se pot relaxa, calma, si sa modifice simptomele lor si sa se simta diferit. Aceste experiente creaza un sentiment de control si promoveaza expectanta pozitiva si o alianta terapeutica puternica.

Antrenamentul mintii asupra corpului

Hipnoza furnizeaza un instrument de comanda pentru demonstrarea credibilitatii terapiei psihologice pentru migrena. Cu cat mai credibil si mai puternic este perceput tratamentul cu atat este mai bun rezultatul tratamentului (DePiano si Salzberg, 1981). Cand pacientul este intr-o transa hipnotica profunda, catalepsia ochilor si a corpului (asociata cu provocarea de a deschide ochii si de a se ridica de pe scaun sau de pe canapea) sunt induse pentru a demonstra puterea mintii asupra corpului. Aceste demonstratii reduc scepticismul in ceea ce priveste hipnoza si induc increderea pacientilor cu migrena ca ei pot produce schimbari semnificative emotionale, comportamentale si fiziologice.

Aceasta abordare este exemplificata de cazul lui Michael, un geolog de 40 de ani cu un istoric de 10 ani de migrene cronice clasice (cu aura), care a fost trimis la mine de catre un neurolog. Michael era foarte sceptic in legatura cu tratamentul psihologic, in special in legatura cu hipnoza pentru migrena sa pe care el o considera ca fiind o tulburare vasculara. Nu doar ca demonstrarea puterii mintii asupra corpului prin catalepsia ochilor si a corpului a redus scepticismul sau in legatura cu hipnoza, dar el a devenit un pacient model si frecventa atacurilor sale de migrena (de la unul pe saptamana la un atac la fiecare opt saptamani) a scazut semnificativ dupa 12 sedinte de hipnoterapie.

Intarirea eului

Cand experimenteaza hipnoza, sugestiile de intarire a eului sunt oferite pacientului cu migrena pentru a creste increderea in sine, sustine stima de sine si a optimiza efectul tratamentului. Imbunatatirea sentimentelor de incredere in sine si

stima de sine produce expectatie pozitiva si auto-eficacitate perceputa. Bandura (1977) a furnizat o dovada experimentală ca *autoeficacitatea*, expectatia si incercarea de a fi capabil sa faca fata cu succes variatelor situatii constituie unele din elementele cheie in tratamentul eficient al tulburarilor fobice. Indivizii cu un sentiment ianlt de auto-eficacitate tind sa se perceapa pe ei insisi ca detinand controlul. Daca pacientii cu migrena pot fi ajutati sa se vada pe ei insisi ca avand abilitatea de a-si controla simptomele, ei vor percepe viitorul ca fiind plin de speranta. Cea mai populara metoda pentru cresterea auto-eficacitatii in contextul hipnoterapeutic este de a furniza sugestii de intarire a eului. Conform lui Hartland (1971) sugestiile de intarire a eului „muta tensiunea, anxietatea si aprehensiunea si gradual refac increderea pacientului in sine si in abilitatea sa de a face fata problemelor sale.” Din acest motiv sugestiile de intarire a eului (vezi Apendicele B) constau din sugestii suportive generalizate pentru a creste incercarea pacientului, abilitatile de coping, imaginea de sine pozitiva si indemanarile interpersonale.

Tostusi pentru a asigura credibilitatea si acceptarea sugestiilor de intarire a eului, o importanta uriasa o are faptul ca ele sunt date in asa fel incat sa para credibile si logice pentru pacientul cu migrena. De exemplu, mai curand decat sa afirme „Migrena ta va disparea” este recomandat sa se sugereze:

Ca un rezultat al acesstui tratament si ca unrezultat al faptului ca tu asculti caseta de auto-hipnoza in fiecare zi, vei incepe sa te relaxezi si vei invata sa lasi ca totul sa treaca. Si cu fiecare zi in care asculti caseta, vei incepe sa te simti din ce in ce mai profund relaxat, mai putin tensionat, mai putin anxios si mai putin suparat, astfel incat, cu fiecare zi mintea ta, corpul tau si nervii tai vor deveni din ce in ce mai relaxati. Ca un rezultat al acestei relaxari profunde, cu fiecare zi, mintea ta, corpul tau si nervii tai vor deveni din ce in ce mai puternice si mai sanatoase. Ca un rezultat al acestui lucru, migrena ta va deveni mai putin frecventa, mi putin severa, pana cand va disparea complet.

Acest set de sugestii de intarire a eului suna logic si imbiunatirea devine contingenta asupra continuarii terapiei si ascultarii casetei de auto-hipnoza zilnic.

Managmentul durerii prin relaxare si transferul caldurii

Hipnoterapia furnizeaza un instrument puternic pentru producerea unor variate schimbari cognitive, somatice, perceptuale, fiziologice, viscereale si kinestezice in conditii controlate. Productia hipnotica si modularea acestor schimbari furnizeaza pacientilor cu migrena o dovada dramatica ca ei pot schimba sentimentele si experienta lor, astfel furnizand speranta ca ei pot alina simptomele migrenei lor. Dupa doua sau trei sedinte de hipnoza si intarire a eului, eu am

inceput sa introduc relaxarea si tehnicile „incalzirii” pentru managmentul simptomelor. Aici este un exemplu de tipuri de sugestii de relaxare care pot fi date pacientului pentru a reduce treptat durerea de cap:

Devii atat de profund relaxat, incat esti intr-o transa profunda in care mintea si corpul tau se sint atat de relaxate, atat de confortabile, incat poti lasa ca totul sa treaca complet. Incepi sa simti o senzatie de pace si liniste, relaxare si calm curgand prin minte si corp dandu-ti o senzatie atat de placuta si linistitoare in minte si corp incat incepi sa simti ca toata tensiune si toata presiunea se duce departe de capul tau. In timp ce devii din ce in ce mai relaxat, simti ca toata tensiunea, toata presiunea, tot disconfortul se duc departe de capul tau. In curand te vei simti atat de relaxat si atat de calm incat simti ca, capul tau este clar si este atat de confortabil.

Sugestiile de mai sus pot fi repetate, modulate si extinse pentru a produce efectele dorite. Cand utilizam aceasta tehnica, daca pacientul are o durere de cap este important sa evaluam si sa monitorizam durerea printr-o scala cu zece puncte (0= nici o durere; 10= durerea cea mai rea). Este util sa evaluam durerea inainte de a incepe hipnoterapia si apoi sa monitorizam nivelul cerand in mod regulat evaluarea din partea pacientului. Aceasta monitorizare a durerii furnizeaza feedback, atat terapeutului, cat si pacientului. In cazul in care durerea a fost indepartata in cadrul sedintei, terapeutul poate utiliza viitorul cand face sugestii pentru controlul durerii (de ex. „In viitor, oricand vei avea o durere de cap, vei fi capabil sa o controlezi relaxandu-ti fruntea”). Cu migrenele cronice si severe, sugestiile de relaxare pot sa nu fie suficiente pentru a elibera durerea. Foarte adesea, sugestiile de relaxare au fost imbunatatite cu tehnica caldurii pentru a aduce schimbarile dorite:

Te simti acum atat de profund relaxat si esti intr-o transa atat de profunda incat mintea ta devine atat de puternica, atat de sensibila la sugestiile mele, incat vei fi capabil sa simti, sa-ti imaginezi si sa experimentezi orice iti cer eu sa-ti imaginezi, sa simti si sa experimentezi, Acum, vreau sa te imaginezi stand in fata unei galeti pline cu apa calda. Stii ca apa este calda pentru ca poti vedea aburul iesind. *(Este recomandat sa monitorizam experienta pacientului verificn regulat semnalul ideomotor stabilit).*

Devii constient de apa calda care iti inconjoara mana, adancita in apa calda. Simti caldura apei penetrandu-ti mana si foarte curand iti vei simti mana calda. Cand experimentezi ca mana ta este calda, lasa-ma sa stiu inclinand din cap *(Eu in mod normal utilizez inclinarea capului pentru „da” si scuturarea capului pentru „nu”)*. In timp ce te concentrezi pe mana ta, incepi sa simti caldura crescand, si

curand vei simti o senzatie de caldura mare in mana ta. Poti incepe sa simti o senzatie de gadilare in mana ta. (*Terapeutul trebuie sa astepte panacand aceste schimbari apar; acest lucru trebuie sa fie raportata de pacient*).

Acum, vreau sa-ti scoti mana din apa calda si sa o lasi sa se odihneasca bland pe fruntea ta. Maseaza-ti bland fruntea, si in timp ce faci asta incepi sa simti caldura de la mana raspandindu-se in fruntea ta. In timp ce simti caldura raspandindu-se asupra fruntii tale, incepi sa simti ca fruntea devine din ce in ce mai relaxata, din ce in ce mai confortabila. Vei incepe curand sa simti caldura raspandindu-se in capul tau (*sugestia este repetata pana cand pacientul poate simti caldura in interiorul capului*). In timp ce caldura se raspandeste in interiorul capului tau, simti ca, capul tau devine din ce in ce mai relaxat, din ce in ce mai confortabil adancindu-te intr-o stare de transa hipnotica din ce in ce mai profunda. Curand vei fi atat de relaxat, te vei simti atat de confortabil, incat capul tau se va simti relaxat si confortabil, si in timp ce devii din ce in ce mai relaxat simti toata tensiunea, toata presiunea si tott disconfortul disparand, departe de capul tau, si curand capul tau se va simti clar si confortabil.

Ca un rezultat al acestei proceduri hipnotice, multi pacienti cu migrena raporteaza o reducere dramatica a simptomelor lor. DePiano si Salzberg (1981) sustin ca schimbarile pozitive rapide experimentate de pacientii cu migrena sunt in parte datorate schimbarilor comportamentale, emotionale, cognitive, fiziologice profunde aduse prin inductia hipnotica.

Antrenamentul imageriei pentru vindecare

Antrenamentul imageriei este utilizat in contextul incalzirii capului pentru a produce vindecarea in interiorul creierului. Odata ce pacientul cu migrena este capabil sa induca senzatie de caldura in interiorul capului, terapeutul mareste aceasta experienta pentru a promova vindecarea si modificarea fiziopatologiei migrenei. Sugestiile sunt date pentru a asocia caldura din interiorul capului cu circulatia sangelui crescuta, ceea ce pare logic pentru pacient:

Pur si simplu continui sa experimentezi aceasta senzatie de caldura in interiorul capului tau. Senzatie de caldura din interiorul capului tau se datoreaza faptului ca circulatia sangelui din interiorul capului tau eate crescuta. Imagineaza-ti sangele cum fluxul sangelui tau este crescut in interiorul capului tau (*asteptati pana cand obtineti un raspuns afirmativ inainte de a merge mai departe*). Imagineaza-ti ca fluxul de sange in plus este adus cu mai mult oxigen si mai multi nutrienti catre zonele in care ai mai multa nevoie de ele. Ca un rezultat al acestui sange in plus, tesuturile, nervii, vasele de sange vor deveni mai puternice si mai

sanatoase si ca un rezultat al acestui lucru migrenele tale vor deveni mai putin frecvente, pana cand vor disparea complet.

Sugestii post-hipnotice

Sugestiile post-hipnotice sunt furnizate pentru a ratifica experienta hipnotica, pentru a promova auto-hipnoza si pentru a contracara comportamentele problema, emotiile negative si cognitiile disfunctionale care pot face sa papa sa se exacerbeze simptomele de migrena. Sugestiile post-hipnotice sunt considerate ca fiind o parte foarte necesara a procesului terapeutic daca pacientul ia in considerare noi posibilitati in viitor (Yapko, 2003). Din acest motiv, multi clinicieni utilizeaza sugestiile post-hipnotice pentru a forma comportamentul. Clarke si Jackson (1983) iau in considerare sugestiile post-hipnotice ca o forma a „conditionarii inalt ordonate”, care functioneaza ca o intarire pozitiva sau negativa pentru a creste sau descreste probabilitatea comportamentelor dorite sau nedorite. Ei au utilizat cu succes sugestiile post-hipnotice pentru a imbunatati efectul expunerii in vivo la agorafobici.

Urmatoarele sugestii post-hipnotice pot fi utilizate la pacientii cu migrena. Aceste sugestii post-hipnotice nu suna doar logic pentru pacienti, ele de asemenea comunica relatia contingenta dintre comportamente (de ex. Ascultarea casetei de auto-hipnoza) si le imbunatatesc.

Ca un rezultat al acestui tratament si ca un rezultat al faptului ca tu asculti caseta de auto-hipnoza in fiecare zi, vei deveni mai putin preocupat de tine, mai putin preocupat de migrena ta si mai putin preocupat de ceea ce cred ceilalti oameni despre tine. Ca un rezultat al acestui lucru, cu fiecare zi vei deveni din ce in ce mai interesat de ceea ce faci si de ceea ce se intampla in jurul tau.

Si, cu fiecare zi in care tu asculti caseta, vei invata cum sa te relaxezi, cum sa lasi ca totul sa treaca, si chiar si atunci cand vei avea o durere de cap, vei fi capabil sa te relaxezi... Vei fi capabil sa fii nepreocupat, sa te relaxezi si sa lasi ca totul sa treaca chiar si atunci cand ai o durere de cap. Ca un rezultat al acestui lucru, cu fiecare zi vei deveni din ce in ce mai increzator in a-ti controla durerile de cap, vei deveni din ce in ce mai increzator ca vei face fata migrenei.

Ca un rezultat al acestui tratament, vei invata de asemenea cum sa-ti incalzești mana usor si rapid..... astfel incat atunci cand vei avea o durere de cap vei fi capabil sa transferi caldura catre capul tau si caldura va inlocui orice disconfort pe care il poti avea in cap. Si de asemenea in timp ce iti imaginezi

fluxul de sange crescand in interiorul capului tau, nervii, tesuturile si vasele de sange din interiorul capului tau vor deveni mai puternice si mai sanatoase. Ca un rezultat al acestui lucru, migrenele tale vor deveni mai putin frecvente, mai putin severe pana cand vor disparea complet.

Terapia cognitiv-comportamentala

Motivul pentru utilizarea terapiei cognitiv-comportamentale in migrena este derivat din observatia ca modul in care indivizii fac fata stressului zilnic poate precipita, exacerba sau mentine migrenele si creste disabilitatea legata de migrena si distresul (Holroyd si Andrasik, 1982). Terapia cognitiv-comportamentala directioneaza atentia pacientilor catre rolul pe care il au gandurile si comportamentele in generarea stresului si durerilor de cap legate de stres, si in disabilitatea crescuta legata de durerile de cap (Holroyd, 2006). De la trei pana la cinci sedinte pot fi dedicate terapiei cognitiv-comportamentale si aceasta componenta este in mod particular utila atunci cand pacientii cu migrena au anxietate comorbida sau depresie.

Abordarea terapiei cognitiv-comportamentale utilizata cu pacientii cu migrena este similara formatului terapiei cognitiv-comportamentale descris in depresie in capitolul 3. Mult mai specific, pacientii cu migrena utilizeaza formularul restructurarii cognitive (ABCDE) pentru a monitoriza circumstantele (evenimentele) in care durerile de cap apar, inclusiv gandurile automate, sentimentele, senzatiile corporale si comportamentele inainte de a se instala durerile de cap. Odata ce migrena legata de situatiile stresante este identificata, pacientul este antrenat sa identifice si sa restructureze cognitiile disfunctionale (vezi capitolul 3). Tintele cognitive pot face sa para *ganduri* generatoare de stres (ex. „Nu pot face fata acestui lucru”) sau o *credinta* sau *presupunere* (de ex. „Sunt slab; este ceva gresit cu mine”) care isi trag semnificatia sau tema din multe ganduri generatoare de stres (Holroyd, 2006). Scopul terapiei cognitiv-comportamentale este de a antrena pacientii sa „prinda” gandurile lor generatoare de stres, „apoi sa controleze stresul si celelalte efecte negative si sa faca pacientul mai putin vulnerabil la efectul negativ legat de stres” (Holroyd, 2006, p. 262).

Indemanarile de rezolvare a problemei

Asa cum am mentionat mai sus, migrena poate fi facuta sa apara, exacerbata si mentinuta de stress. Pacientii sunt incurajati sa identifice probleme fizice (ex. Zgomot) si psihosociale (de ex. Lipsa asertivitatii la munca) sau situatiile care pot face sa apara, sa se mentina si sa se inrauteasca simptomele de migrena. Odata ce

pacientul a fost capabil sa identifice un stressor (de ex. Lipsa indemanrilor sociale), pacientul si terapeutul pot lucra colaborativ pentru a gasi o solutie la problema. In acest exemplu, va fi important pentru terapeut sa antreneze pacientul sa capete indemanari sociale adecvate. Hipnoza poate fi utilizata pentru face strategiile cognitiv-comportamentale mult mai eficiente si de aceea mult mai pline de semnificatie.

Antrenamentul de auto-hipnoza

Alman (2001) crede ca pacientii pot realiza incredere in sine si putere personala invatand auto-hipnoza si Yapko considera ca pacientii auto-hipnoza si strategiile de rezolvare a problemelor le permitem sa dezvolte mecanisme de auto-corectare care le da control asupra vietilor lor. De aceea o importanta uriasa o are invatarea pacienilor sa practice auto-hipnoza in durerea cronica. La sfarsitul si la inceputul sedintei de hipnoterapie, pacientului ii este furnizata o audiocasete sau CD de auto-hipniza pentru a practica acasa. Tema pentru acasa furnizeaza continuitatea tratamentului intre sedinte si ofera pacientilor oportunitatea de a invata auto-hipnoza. Componenta de auto-hipnoza a hipnoterapiei este dedicata sa induca relaxarea, sa promoveze dominatia parasimpaticului si sa furnizeze instrumente pentru controlarea simptomelor de migrena. Auto-hipnoza ajuta de asemenea sa se contracareze emotiile , atitudinile si comportmentele negative,

Cazurile complexe

Tehnicile hipnotice de orientare pe interior sau exploratorii pot fi utilizate atunci cand pacientul nu raspunde la protocolul de tratament uzual. Aceasta abordare permite terapeutului si pacientului sa exploreze dinamicile interpersonale si originile inconstiente sau scopurile migreneite multe metode hipnotice de orientare pe interior (de ex. Brown si Fromm, 1986 a). Cea mai simpla si cea mai larg utilizata este semnalizarea ideomotorie. Hammond (1998, p. 114) introduce semnalizarea ideomotorie la pacientii hipnotizati in urmatoarea maniera:

Noi toti avem o minte constienta si o minte inconstienta; la fel ca fata si spatele mintii. Mintea ta inconstienta are o uriasa capacitate si putere de a te ajuta. Mintea ta inconstienta stie de asemenea o multime lucruri despre tine, si uneori poate fi constienta de lucrurile de care noi nu suntem pe deplin constienti. Si mintea ta inconstienta poate stabili o metoda de semnalizare si comunicare cu noi. Acum, eu nu vreau ca tu sa misti sau sa ridici constient sau voluntar vreunul din degetele tale. Dar pur si simplu permite acest lucru mintii tale inconstiente, care isi doreste sa utilizeze un semnal pentru a raspunde „da”. Si de unul singur, pe de-

antregul de unul singur vei descoperi ca in unul din acele degete va incepe o senzatie de ridicare, ca si cum un balon de heliu este atasat de varful degetelor tale si il ridica in aer de unul singur. Si pur si simplu observa care deget incepe sa se ridice, in care deget apare senzatia de plutire, si apoi incepi sa-l ridici, de unul singur. Mintea ta inconstienta va alge unul din degetele tale de la mana ta dreapta sau de la mana stanga, care isi doreste sa utilizeze un semnal pentru „da”. Si vei observa o tensiune de miscare in unul din acele degete. Si te poti gandi mereu si mereu „da, da, da” si un deget va incepe sa se ridice, si se ridica si incepe sa pluteasca.

Sapte domenii cheie pot fi explorate la pacientii cu migrena utilizand tehnica semnalului ideomotor:

- Functia adaptativa sau castigul secundar pentru simptome
- Auto-pedespirea prin a avea o migrena
- Conflictul interior care provoaca migrena
- Imprimariile sau comenzile transformate in migrena.
- Migren simbolica a experientelor trecute.
- Migrena adoptata ca o forma de identificare.
- Migrena simbolica a durerii interioare.

Odata ce cauzele care provoaca migrena sunt stabilite, terapeutul poate ajuta pacientul sa confrunte cu problemele intr-o maniera satisfacatoare. Migrena poate fi de asemenea compusa din probleme psihiatrice comorbide sau probleme medicale. Cu acestea va fi necesar tratamentul comprehensiv psihiatric sau medical.

Programarea unor vizite regulate

Deoarece migrena este o conditie cronica si nu exista o cura pentru ea este necesar pentru succesul terapiei pe termen lung programarea unor vizite regulate.

SUMAR

Capitolul a revizuit pe scurt teoriile si tratamentul psihologic al migrenei. Principala concentrare a acestui capitol a fost asupra descrierii prototipului hipnoterapiei cognitive pentru migrena. Tehnicile descrise pot fi usor adaptate la o varietate de pacienti cu durere de cap. Clinicienii sunt incurajati sa standardizeze aceste proceduri si sa valideze eficacitatea relativa a acestor proceduri in managementul migrenei.

CAPITOLUL 5

HIPNOTERAPIA COGNITIVA IN STRESSUL POST- TRAUMATIC

INTRODUCERE

Stresul este un fapt inevitabil al vietii zilnice si in unele cazuri stresul poate fi dezirabil. Totusi, unii stressori pot fi atat de catastrofici si ingrozitori, incat ei pot cauza serioase tulburari psihologice, cum ar fi anxietate, depresie, simptome disociative, abuzul de substante, tulburarea stress-ului acut su tulburarea stress-ului post-traumatic(; Cardena, Butler si Spiegel, 2003; Van Ommeren si colaboratorii, 2002; Yehuda si colaboratorii, 1993). Acest capitol se va concentra pe tulburarea stress-ului post-traumatic, care este caracterizata prin re-experimentarea unui eveniment traumatic, acompaniat de simptome de ameteala crescuta, amortirea raspunsurilor emotionale si evitarea stimulilor asociati cu trauma. Cauzele si tratamentele tulburarii stress-ului psot-traumatic sunt revizuite pe scurt inaintea furnizarii unei descrieri detaliate a hipnoterapiei cognitive pentru stress-ul post-traumatic. Hipnoterapia cognitiva este un tratament multimodal bazat pe evidenta care poate fi aplicat la o larga categorie de pacienti traumatizati. Pentru a furniza o baza empirica si conceptuala pentru utilizarea hipnizei in stress-ul post- traumatic, tehnicile de hipnoterapie sunt integrate cu terapia rescriei iamgeriei, un tratamet multi-fatetat concentrat pe imagerie bazat pe evidenta destinat sa alina simptomele stress-ului post-traumatic, sa schimbe credintele si schemele negative si sa imbunatateasca abilitatea supravietuitorului traumei de a se auto-calma si auto-ingriji (Grunert si colaboratorii, 2003; Smucker, 1997). Implicatiile pentru utilizarea hipnozei in contextul terapiei rescrieriii imageriei sunt mari.

DESCRIEREA CLINICA A TULBURARII STRESS-ULUI POST-TRAUMATIC

Diagnosticul tulburarii de stress post-traumatic este bazat pe o istorie a expunerii la un veniment traumatic. Aceasta o face o tulburare unica printre celelalte tulburari psihiatrice clasificate in patru , in editia revizuita a *Manualul statistic si de diagnostic al tulburarilor mentale* (DSM IV: Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000) din cauza importantei mari atasate la stressorul traumatic din criteriile de diagnostic ale tulburarii. De fapt, cineva nu poate face un diagnostic al tulburarii de stress post-traumatic daca „criteriul stressorului” nu este indeplinit de catre pacient. DSM IV defineste un eveniment ca fiind traumatic:

1. Cand o persoana a experimentat sau s-a confruntat cu un eveniment sau evenimente care au implicat o amenintare cu moartea sau raniri majore sau amenintarea integritatii fizice a sa sau a celorlalti; si
2. Raspunsul a implicat frica intensa, neajutorare sau groaza (la copii acest lucru poate fi exprimat ca si comportament dezorganizat sau agitat). Exemple de evenimente traumatice includ experientele combat, asaltul, violul, abuzul prelungit sau observarea unei raniri serioase sau moarte violenta a altei persoane. Pentru a indeplini criteriile de diagnostic ale tulburarii de stress post-traumatic, persoana traumatizata ar trebui sa prezinte simptomele din aceste categorii majore de simptome: re-experimentarea; evitarea sau amortirea; si hperstarnirea. In plus, simptomele ar trebui sa dureze mai mult de o luna, si ele ar trebui sa provoace distress semnificativ sau dificultati ale functionarii sociale, ocupationale sau a celorlalte domenii importante. Cand durata simptomelor a fost mai mica de o luna, diagnosticul Tulburarii de Stress Acut ar trebui sa fie facut. Aceste trei categorii de simptome sunt descrise mai jos.

1. *Re-experimentarea evenimentului traumatic.* Pacientul isi aminteste frecvent evnimentul sau are flashback-uri ale evenimentului si are cosmaruri in legatura cu el. Supararea emotionala intensa este produsa prin stimuli care simbolizeaza evenimentul (de ex. Scartaitul rotilor ii poate reaminti cuiva un accident de vehicol serios) sau aniversarilr unoer experiente specifice. Re-experimentarea traumei este considerata a fi o trasatura centrala a tulburarii deoarece ea face sa apara celelate categorii de simptome. In plus, interfereaza cu procesul integrarii experientei traumatice intr-o schema existenta sau in credintele generale ale persoanei ccu privire la lume (de ex. Foa, Zinbarg si Rothbaum, 1992).

Re-experimentarea poate fi asociata cu distress-ul somatic cronic, anxietatea, depresia, disocierea, evitarea situatiilor legate de aparitia lor, gandire paranoida si tulburari de somn (vezi Lynn si Cardena, 2007).

2. Evitarea stimulilor asociati cu evenimentul sau amortirea

emotionala. Ca o aparare impotriva gandurilor intruzive, pacientul incearca sa evite sa se gandeasca la trauma, evitand orice ar putea sa-i aminteasca de eveniment sau retragandu-se emotional. Amortirea emotionala se refera la interesele descrescut fata de ceilalti, un sentiment de instrainare si o inabilitate de a avea sentimente pozitive. Amortirea emotionala pare sa vina in contradictie cu simptomele legate de re-experimentare; aceasta inseamna ca o persoana nu poate fi amortita emotional in timp ce experimenteaza emotii intense. Acest paradox capata sens cand fluctuatia simptomelor este luata in considerare – pacientii cu tulburarea stress-ului post-traumatic merg inainte si inapoi intre re-experimentare si mortea. Cu toate acestea, cercetarile recente sugereaza ca evitarea si amortirea pot sa fie divizate in categorii diferite de simptome in DSM V (Asmundson, Stapleton si Taylor, 2004) deoarece (a) ele difera in corelatele lor clinice (amortirea este mult mai puternic corelata cu depresia, in timp ce re-experimentarea este mai mult legata de anxietate); (B) difera in semnificatia lor prognostica (amortirea prezice rezultate slabe); si (C) difera in raspunsul lor la tratament (terapia cognitiv-comportamentala are un mare impact asupra evitarii mai curand decat asupra amortirii).

3. *Starnirea autonoma a evenimentului amenintator.* Simptomele starnirii evenimentului amenintator includ dificultati in a adormi, dificultati de concentrare, hipervigilenta, tresarirea exagerata si lipsa controlului asupra agresiunii. Studiile de laborator au confirmat prezenta acestor simptome clinice la pacientii cu tulburarea stress-ului post-traumatic (Morgan si colaboratorii, 1996, 1997; Orr si colaboratorii, 1995).

PREVALENTA TULBURARII DE STRESS POST-TRAUMATIC

Prevalenta ratei tulburarii de stress post-traumatic in America de Nord este de aproximativ 8% (Asociatia Americana de Psihiatrie) dar este mai inalta in anumite subgrupuri cum ar fi fortele armate, la lucratorii din serviciile de urgenta, ofiteri si la supravietuitorii violului. De exemplu, prevalenta ratei tulburarii de stress post-traumatic printre veteranii combat este de 22-31 % (Prigerson, Maciejewski si Rosenheck, 2002) si pentru victimele violului este de 75,8% (Kilpatrick si colaboratorii, 1989). Aproximativ 50% din oamenii cu tulburare de

stress post-traumatic se recupereaza si aproximativ 50% dezvoltă o forma cronică, persistentă de boală (First si Tasman, 2004) Prevalența tulburării de stress post-traumatic este de asemenea mai ridicată în țările în care persecuția grupurilor etnice este răspândită sau se desfășoară conflicte armate. O cercetare epidemiologică recentă a descoperit că prevalența tulburării de stress post-traumatic este de 16% în Gaza, 28 % în Cabogia și 37% în Algeria (De jong si colaboratorii 2001).

Există diferențe semnificative de gen în prevalența ratei tulburării de stress post-traumatic, femeile având o prevalență mai ridicată de tulburare de stress post-traumatic decât bărbații (10 % versus 5%; Kesller si colaboratorii, 1995). Aceasta se datorează în principal naturii traumei pe care bărbații și femeile o experimentează. Bărbații sunt mult mai adesea subiecții asaltului fizic, în timp ce femeile mult mai adesea experimentează asaltul sexual. Asaltul sexual cum ar fi violul, poate implica variate sechele stresante cum ar fi bolile transmise sexual, sarcina nedorită sau experiențe aversive trebuie să raporteze incidentul la poliție sau când trebuie să depună mărturie la tribunal (Taylor, 2006) care pot provoca o traumă dublă. Odată ce o persoană este traumatizată, riscul re-experimentării unei a doua traume este mai mare de 50% (Resnick si colaboratorii, 1993).

Deși 40-60% din comunitatea adultă este expusă la traumă, doar o fracțiune (8%) dezvoltă tulburare de stress post-traumatic (Asociația Americană de Psihiatrie; Kessler si colaboratorii, 1995; Yehuda si Wong, 2002). Acest lucru sugerează că traumă singură este insuficientă pentru a provoca tulburare de stress post-traumatic. Multe studii au identificat câțiva factori de risc care pot face ca un individ să fie vulnerabil la dezvoltarea tulburării. Prin revizuirea de către el a studiilor factorilor de risc pentru tulburarea de stress post-traumatic, Taylor (2006) a sintetizat descoperirile în patru clase de factori de risc:

1. Trasaturile istorice, cum ar fi istoria psihioatrică a familiei, inteligență scăzută, instabilitate familială și istorie personală de tulburare de stress post-traumatic sau expunere la traumă.
2. Severitatea traumei.
3. Procesul psihologic relevant al amenințării, cum ar fi o disociere sau perceperea amenințării, aparând în timpul sau imediat după traumă.
4. Stressorii vieții și suport social scăzut după traumă.

În mod similar, severitatea și cronicizarea tulburării de stress post-traumatic depind de interacțiunea unui număr de variabile, inclusiv caracteristicile traumei și diferențelor individuale (Lynn si Kirsch, 2006). Deși nu este recunoscută oficial în taxonomia Manualului Statistic și de Diagnostic (DSM), unii autori au susținut

crearea unui diagnostic de „tulburare de stress post-traumatic complexa” sau „tulburarea unui stress extrem care nu este altfel specificat (DESNOS)” pentru trauma care tulburaafectul, structura caracterului si domeniile majore ale functionarii inainte si dupa aparitia tulburarii de stress si simptomelor tulburarii de stress post-traumatic (vezi Cardena, Butler si Spiegel, 2003). Acest capitol se concentreaza pe tulburarea de stress post-traumatic „simpla” mai curand decat asupra profilului unei simptomatologii complexe care poate necesita restructurarea considerabila a caracterului si reinvatarea indemanarilor psihologice de baza (Gold, 2000).

CAUZELE TULBURARII DE STRESS POST-TRAUMATIC

Prin definitie, cauza tulburarii de stress post-traumatic este cunoscuta; aceasta inseamna ca un individ dezvolta tulburarea dupa experimentarea unei traume. Ceea ce nu este cunoscut este modul cum anumiti indivizi dezvolta tulburarea, in timp ce altii sunt neafectati. Problemele complexe cuprind factori biologici, psihologici si sociali care sunt implicati in dezvoltarea tulburarii (Barlow, Durand si Stewart, 2006). O larga categorie de explicatii teoretice sociale, psihologice si biologice a fost propusa pentru a explica cauzalitatea tulburarii. Fiecare teorie incearca sa explice de ce anumiti indivizi dezvolta tulburarea de stress post-traumatic pentru a raspunde la un eveniment traumatic, in timp ce altii nu. Totusi, nici una din explicatii nu furnizeaza o teorie biopsihosociala unitara a tulburarii de stress post-traumatic. Astfe, un sumar al variatelor procese psihologice si biologice implicate in etiologia tulburarii de stress post-traumatic este dat aici.

Teoriile biologice ale tulburarii de stress post-traumatic

Teoriile biologice ale tulburarii de stress post-traumatic sunt derivate din observarea variatelor schimbari biologice care apar la pacientii cu tulburare de stress post-traumatic. A fost observat ca pacientii cu tulburare de stress post-traumatic cronica au nivele de circulatie crescute a norpinefrinelor si reactivitate crescute a receptorilor alfa 2- adrenergici (Yehuda, 2002). Aceste schimbari se considera ca iau in considerare anumite simptome somatice care apar la pacientii cu tulburare de stress post-traumatic. Dovezile din studiile neuro-anatomice ale pacientilor cu tulburare de stress post-traumatic indica tulburari in amigdale si hipocampus (Rauch si colaboratorii, 2000). In plus, imaginea rezonantei magnetice functionale si tomografia emisiei de pozitroni ale studiilor expunerii la trauma legata de stimuli au aratat reactivitate crescute a amigdalei si regiunii paralimbice anterioare (Lieberzon si colaboratorii, 1999) si reactivitate descrescute a zonelor

orbitofrontale la pacienții cu tulburare de stress post-traumatic (Shin și colaboratorii, 1999). Aceste tulburări biologice sugerează că poate fi un substrat neuro-anatomic pentru simptomele intruziunii gândurilor și a celorlate probleme cognitive care caracterizează tulburarea de stress post-traumatic (First și Tasman, 2004; Schnuff și colaboratorii, 2001). Tonusul crescut al simpaticului (Pitman, 1993) și rata crescută a odihnirii inimii (Yehuda, McFarlane și Shaley, 1998) au fost descoperite la indivizii cu un diagnostic curent de tulburare de stress post-traumatic. Există de asemenea dovezi pentru disfuncția creierului la indivizii cu tulburare de stress post-traumatic, manifestată prin inhibiția corticală crescută la stimuli intensi, tulburări ale memoriei și concentrării, deficite auditive și atenție selectivă crescută la stimuli legați de trauma (Pitman și colaboratorii 1999). Totuși, în acest moment nu este cunoscut dacă aceste schimbări biologice și de procesare rezultă din tulburarea de stress post-traumatic sau erau pre-existente înainte de apariția tulburării.

Schimbările sistemului neuro-endocrin al pacienților cu tulburare de stress post-traumatic au fost de asemenea investigate. Rezultatele studiilor asupra axei adrenala-pituitară-hipotalamica sugerează că tulburarea de stress post-traumatic cronică este acompaniata de suprimarea răspunsului axei adrenala-pituitară-hipotalamica la stress-ul acut (Yehuda și colaboratorii, 1991). Yehuda și colegii săi susțin că aceste schimbări pot rezulta din încercarea organismului de a se proteja de efectul toxic potențial al nivelelor crescute de corticosteroizi care pot să apară la o expunere repetată la stress sau din amintirea traumei.

Teoriile psihologice ale tulburării de stress post-traumatic

Cele mai populare modele psihologice ale tulburării de stress post-traumatic sunt conceptualizări cognitiv-comportamentale. Modelele cognitiv-comportamentale ale tulburării de stress post-traumatic sunt bazate pe două presupuneri principale (Zyfert și Becker, 2007):

1. Tulburarea de stress post-traumatic este văzută ca o tulburare de anxietate care este asociată cu simptome de non-anxietate. Anxietatea și teama rezultă din trei factori interrelacionați: cogniții (de ex. Gânduri pline de teamă), comportament (de ex. Comportament de evitare) și fiziologie (de ex. Starnirea autonomă). Fiecare factor interacționează unul cu altul și îi influențează pe ceilalți.
2. Aceleași mecanisme care sunt implicate în dezvoltarea unei frici adaptative de asemenea operează în dezvoltarea unei frici maladaptative. Terapia cognitiv-comportamentală presupune că oamenii sunt născuți cu câteva

temeri, cum ar fi zgomotele si caderea (O'Leary si Wilson, 1987), in timp ce temerile ramase, atat adaptative cat si maladaptative sunt invatate. Functia anxietatii realiste este de a ne ajuta sa scapam de situatiile periculoase.

Fundatia conceptualizarii teoriei cognitiv-comportamentale a tulburarii de stress post-traumatic este bazata pe teoria celor doi factori ai anxietatii a lui Mowrer (1947). Mowrer a propus ca exista doua tipuri de invatare implicata in dezvoltarea fricilor: conditionarea clasica si conditionarea operanta. El a sugerat ca anxietatea este initial dezvoltata prin conditionare clasica si mentinuta prin conditionare operanta. El a propus de asemenea ca frica este mentinuta in timp, deoarece extinctia este prevenita prin fuga si evitare. Originea si mentinerea fricii lui James de caini descrisa de Zayfert si Becker (2007, p. 11) ilustreaza teoria celor doi factori ai anxietatii:

James a dezvoltat o frica pronuntata fata de cainii mari dupa ce a fost muscat de un Labrador retriever. Dupa atac, James a descoperit ca anxietatea sa s-a diminuat rapid cand a fugit deoarece stapanul cainelui l-a luat de acolo sau pentru ca el insusi a parasit situatia. Ca un rezultat, comportamentul sau de fuga a fost intarit si apoi a crescut. El a inceput sa sa utite pe strada sa vada daca nu este vreun caine si in cele din urma si-a limitata activitatea din afara casei pentru a evita orice contact posibil cu cainii. Conform lui Mowrer, comportamentele de fuga si evitare, prin limitarea timpului in care James sa-l petreaca cu cainii fara sa fie ranit a facut ca anxietatea lui James sa nu se diminueze in mod natural. Astfel James a esuat sa invete ca aceasta anxietate nu era necesara fata de cei mai multi caini, deoarece prezenta uni caine nu inseamna in mod neaparat ca va fi muscat.

Unele aspecte ale tulburarii de stress post-traumatic, in mod particular frica si evitarea pot fi explicate prin teoria celor doi factori ai conditionarii, asa cum Zayfert si Becker (2007, p. 11-12) au afirmat:

Teoria lui Mowrer este direct aplicabila la pacientii cu tulburare de stress post-traumatic, care dupa ce experimenteaza un veniment traumatic, in mod tipic evita obiectele sau situatiile apropiat asociate cu evenimentul si raporteaza (la fel ca James) anxietate extrema daca este fortat sa intre in contact cu aceste obiecte si situatii. In plus, multi supravietuitori ai traumei incearca sa blocheze amintirile legate de trauma, care poate produce un efect similar cu acela al comportamentului evitarii stimulilor de viata reali (Keane, Fairbank, Caddell, Zimering si Bender, 1985). Cu alte cuvinte, supravietuitorii traumei pot esua sa inabuse fricile conditionate deoarece evitarea traumei ii aminteste i-o aminteste atat comportamental, cat si cognitiv. De exemplu, Sandra, care a fost batuta cu o bata

de baseball in timpul copilăriei, a făcut față cu teama evocată de bate și amintirile ei legate de copilărie renunțând la softball (de ex evitarea batelor) și evitarea de se gândi la copilărie. Astfel ea a eșuat să învețe că nici batele nici amintirile sale traumatice nu ar putea-o răni.

Teoria lui Mowrer, totuși nu ia în considerare o largă categorie de temeri pe care le experimentează supraviețuitorii traumei. Pentru a lua în considerare o largă categorie de temeri ale tulburării de stress post-traumatic pe care le dezvoltă pacienții, două principii fundamentale ale condiționării, condiționarea înalt ordonată și generalizarea stimulului sunt adăugate la modelul celor doi factori (Keane și colaboratorii, 1985). *Condiționarea înalt ordonată*, pare când în stimulul anterior face să apară un răspuns condiționat prin faptul că a fost însoțit de un stimul condiționat. De exemplu, James a devenit temător față de strazile din vecinătate unde se întâlnea cu câini mari, deși strazile nu erau însoțite de stimulul necondiționat (câinele). *Generalizarea stimulului* apare atunci când o persoană răspunde la stimuli care se aseamănă cu stimulul condiționat, de exemplu James a început să se teamă de câinii mici. Condiționarea înalt ordonată și generalizarea stimulului explică de ce o așa largă categorie de stimuli fac să apară amintirile traumatice și asociate psihologic și emoțional cu stărnirea la pacienții cu tulburare de stress post-traumatic (Brewin și Holmes, 2003).

În plus, departe de explicarea multor trăsături de bază ale tulburării de stress post-traumatic modelele condiționării capătă de asemenea sens pentru pacient. De exemplu)Zyffert și Becker, 2007, p. 12):

Elizabeth, care a fost în mod repetat violată de către prietenul mamei sale a raportat experimentarea unui atac de panică de câte ori vedea un ceas de perete. Un ceas atârnat deasupra patului în care a fost violată și Elizabeth întotdeauna se holba la el în timp ce aștepta ca violul să se termine. Utilizând teoria celor doi factori alui Mowrer, putem lansa ipoteza că teama lui Elizabeth de ceasurile de perete nu s-a înăbușit după ce violul s-a terminat, deoarece ea a evitat camera cu ceasul de perete și a evitat să privească fix atunci când a întâlnit un ceas de perete. Elizabeth a raportat că se simte „nebună” deoarece ea nu înțelegea de ce ceva inofensiv care era asociat cu violul ei ar produce frică. Conceptualizarea celor doi factori au ajutat-o să înțeleagă de ce și cum ea avea frica de ceasurile de perete. Apoi ea a raportat că nu se mai simte așa de nebună, deoarece modelul i-a dat sens și a subliniat soluțiile specifice.

Cu toate acestea, teoria originală a lui Mowrer are câteva limitări. În primul rând, studiile au arătat că anxietatea patologică poate apărea fără condiționare

clasica (Rachman, 1977). De exemplu, frica poate fi obtinuta prin informatie (de exemplu, dupa ce a citit despre prabusirea unui avion, John a dezvoltat fobie de a zbura). De aceea modelul nu ia in considerare rolul credintelor disfunctionale in tulburarea de stress post-traumatic. In al doilea rand, teoria nu ia usor in considerare simptomele neanxioase asociate cu tulburarea de stress post-traumatic (de exemplu vina, rusine, amorteala etc.). In al treilea rand, teoria nu ia in considerare factorii pre-morbizi cum ar fi experientele copilariei care preceda experienta traumatica care pot influenta dezvoltarea tulburarii de stress post-traumatic. In sfarsit, teoria celor doi factori nu ia in considerare stabilirea manata a tulburarii de stress post-traumatic, in care persoana poate avea cateva sau nici un simptom dupa trauma si apoi, luni sau ani mai tarziu, dezvolta o izbucnire a tulburarii de stress post-traumatic. Keane si Barlow (2002) au dezvoltat un model de invatare mult mai complex al tulburarii de stress post-traumatic in cadrul paradigmei diateza-stress (biopsihosocial), in care ei se adreseaza slabiciunilor teoriei lui Mowrer. Ei au propus ca, atat factorii genetici, cat si cei psihologici (diatiza) pot predispuce un individ la dezvoltarea tulburarii de stress post-traumatic dupa un eveniment traumatic. In plus, ei au sustinut ca ceilalti factori cum ar fi natura traumei si experientele traumatice repetate pot creste riscul pentru dezvoltarea tulburarii de stress post-traumatic. Ei utilizeaza conceptele de „alarme adevarate” si „alarme invatate” pentru a explica incubatia fricii si comportamentul de evitare la pacientii cu tulburare de stress post-traumatic. Cand o persoana este expusa la un eveniment traumatic, „ alarma adevarata”, care are o baza legata de evolutie este activata pentru a mobiliza raspunsul „fuga-lupta-inghetare” (Beck, Emery si Greenberg, 1985). *Alarmele adevarate* sunt reactiile de frica la situatiile periculoase actuale (Barlow, 2002). Reactia noastra naturala la situatiile periculoase este de a fugi sau de a o lua la goana. Dar acestea sunt situatii in care nici una din aceste optiuni nu este disponibila, cum este adesea cazul asaltului sexual si de aceea persoana ingheata. Raspunsul fuga-lupta produce o cascada de raspunsuri fiziologice primare (de ex. Puls crescut sau respiratie accelerata) si secundare (de ex. Senzatie de ameteala) care sunt in mod obisnuit observate la pacientii cu tulburare de anxietate.

Keane si Barlow (2002) au sustinut ca in timpul evenimentului traumatic, indivizii asociaza o varietate de stimuli (de ex. In cazul lui Elizabeth, ceasul de perete) cu alarma adevarata si in consecinta dezvoltat *alarme invatate* (prin conditionare clasica). Alarmele invatate sau alarmele false isi fac aparitia prin situatii care se asemana, simbolizeaza (de ex. Aniversarile) sau contin trasaturi ale experientei traumatice (Zayfert si Becker, 2007). In mod normal, alarmele invatate imediat devreme post-trauma, pier dupa un timp. Totusi in timpul saptamanilor initiale dupa evenimentul traumatic, raspunsul de amintire a evenimentului,

alarmele false provoaca tristete, rusine, teama, furie, vina si retraira evenimentului in memorie, vise si flashback-uri (de ex. Riggs, Rothbaum si Foa, 1995). Aceste reactii provoaca anxietate si alte raspunsuri emotionale asociate. Conform lui Keane si Barlow (2002), anxietatea motiveaza supravietuitorii traumei sa evite stimulii legati de trauma. In plus, supravietuitorii traumei scapa de reactiile emotionale negative si experienta stressanta, prin amortirea sentimentelor lor. Totusi bulbarele de zapada si persistenta simptomelor depind de stilul de coping al supravietuitorului traumei, disponibilitatea resurselor si accesibilitatea la suportul social. La fel ca la celelalte modele psihologice ale tulburarii de stress post-traumatic, Keane si Barlow (2002) iau in considerare evitarea factorilor critici in dezvoltarea si mentinerea tulburarii de stress post-traumatic. Este bine cunoscut ca supravietuitorii traumei care sunt expusi la aparitia larmelor invatate curand dupa evenimentul traumatic este mai putin probabil sa experimenteze distress persistent (Wirtz si Harrell, 1987) in comparatie cu supravietuitorii traumei care evita alarmele false. Terapia expunerii pentru tulburarea de stress post-traumatic este bazata in parte pe aceasta descoperire.

Desi Keane si Barlow (2002) au ameliorat si extins teoria celor doi factori a lui Mowrer, modelul lor nu explica pe deplin simptomele neanxioase ale tulburarii de stress post-traumatic. Modelele cognitiv-comportamentale s-au concentrat, pe de alta parte, asupra explicarii aspectelor emotionale ale tulburarii si in acest context, ele au examinat de asemenea stilurile de coping ale pacientilor cu tulburare de stress post-traumatic si „esecul” lor de a organiza si procesa experienta traumatica cu succes. In general, indivizii implicati in evenimente stressante sau emotionale angajeaza variate strategii, cum ar fi :a spune povestea”, „a da sens povestii” sau discutarea experientei traumatice pentru a intelege „procesul” evenimentului. Studiile sugereaza ca oamenii care s-au deconectat mental de evenimentul traumatic sau care inhiba reactiile lor emotionale prezinta un mare risc de a dezvolta tulburare de stress post-traumatic (Ozer si colaboratorii, 2003). O varietate de factori, cum ar fi natura extrema a evenimentului traumatic si lipsa de predictibilitate si control asupra evenimentului, pot interfera cu procesarea adecvata a experientei traumatice. Modelele cognitive susțin dezvoltarea fricii patologice cand supravietuitorii traumei eticheteaza incorect stimuli benigni ca fiind periculosi si esueaza sa invete informatie corectiva. In cazul lui Elizabeth, ea a etichetat „ceasul” ca fiind periculos, si prin evitarea ceasurilor, ea nu avea oportunitatea de a invata ca ceasurile sunt inofensive.

Conform modelelor cognitive, informatia legata de trauma este organizata in minte de supravietuitorul traumei ca o „reata de frica” (de ex. Foa, Steketee si Rothbaum, 1989). *Rețelele fricii* leaga impreuna detaliile specifice ale

evenimentului periculos sau amenintator (inclusiv stimuli si amintiri) cu raspunsurile la eveniment (de ex, comportamente, ganduri si senzatii) si semnificatia sau interpretarile evenimentului. Retelele fricii servesc ca un program pentru supravietuire cand se confrunta cu pericole care ameninta viata (Zayfert si Becker, 2007). Modelele cognitive ale tulburarii de stress post-traumatic sugereaza ca concluziile maladaptative (de ex „toate ceasurile sunt periculoase”) sunt obtinute deoarece supravietuitorii traumei suspenda procesarea informatiei anterior asimilarii unei informatii corective care permite tragerea unor concluzii adaptative. Foa, Steketee si Rothbaum (1989) au propus ca doua conditii sunt necesare pentru procesarea completa si in cele din urma reducerea fricii maladaptative. In primul rand, reseaua fricii trebuie sa fie activata pentru a permite individului sa experimenteze frica aparuta prin indiciile si amintirile traumei. In al doilea rand, informatia corectiva trebuie sa fie disponibila in acelasi timp pentru a permite ca o noua invatare sa apara. Propunerile lui Foa, Steketee si Rothbaum sustin importanta expunerii la retele fricii in procesarea adaptativa a experientei traumatice.

Simptomele legate de neanxietate cum ar fi furia, vina si rusinea care joaca un rol important in multe cazuri de tulburare de stress post-traumatic, pot fi usor explicate prin tipurile de credinte pe care supravietuitorii evenimentelor traumatice le obtin. Modelele cognitiv-comportamentale presupun ca indivizii care experimenteaza evenimente traumatice au credinte preexistente care sunt provocate de eveniment (Brewin, Dalgleish si Joseph, 1996). Astfel, dupa un eveniment traumatic, indivizii trebuie sa rezolve conflictele lor dintre ceea ce ei au crezut despre lume si ei insisi anterior evenimentului si ceea ce le spune lor experienta traumatica. Conflictul este bine ilustrat de Elizabeth in exemplul furnizat de Zayfert si Becker (2007, p. 18):

Elizabeth a crezut ca ea era in general in siguranta in lume, atat timp cat isi lua anumite precautuni pe care le putea controla. Fiind violata acasa la ea, in mediul in care ea presupunea ca este insiguranta, acest fapt a furnizat o dovada experientiala care a contrazis credinta ei ca ea era „in siguranta daca nu putea dovedi altceva”. Conform lui Resick si Schicke (1992) sustin ca exista trei solutii cognitive principale la acest conflict. In primul rand, Elizabeth poate schimba interpretarea de catre ea a experientei pentru a se potrivi cu sistemul ei de credinte (de ex. „*L-am facut sa doreasca sa ma violeze putand haine sexy, deoarece am crezut ca aratam bine; femeile nu sunt de obicei violate in propria lor casa de prieteni*” sau „*Nu a fost de fapt viol pentru ca il placeam si l-am lasat sa o faca.*”). In al doilea rand, Elizabeth poate de fapt sa schimbe sistemul ei de credinte intr-un mod maladaptativ (de exemplu „*Nici un loc nu mai este sigur; Nu voi fi niciodata in siguranta*”). In al treilea rand, ea poate schimba sau acomoda sistemul ei de credinte intr-o maniera mult mai moderata, productiva („*Desi il placeam, nu l-am rugat niciodata sa ma violeze. Unii barbati sunt periculosi, dar multi nu sunt. Sunt inca in cea mai mare parte in siguranta atat timp cat sunt in mod rezonabil atenta.*”). Tulburarea de stress post-

traumatic este asociata cu primele doua solutii cognitive.

Concluziile cum ar fi „Nici un loc nu este sigur” sau „Niciodata nu voi fi in siguranta” sunt numite „puncte de blocare” de Resick si Schnicke (1992). *Punctele de blocare* sunt ganduri legate de trauma care incurajeaza concentrarea asupra pericolului si contribuie la reactii emotionale post-traumatice negative cum ar fi furia, frica, vina, rusinea si lipsa increderei. Punctele de blocare pot servi scopului reconcilierii credintelor anterioare cu evenimentul traumatic. Conform lui Ehlers si Steil (1995) evitarea este motivata prin reactiile emotionale invocate de reexperimentarea simptomelor primare. Reactiile emotionale secundare, totusi, joaca un rol proeminent in perpetuarea evitarii si astfel, mentinerea tulburarii. In plus, prin motivare, mai multa evitare a procesarii traumei, reactii emotionale secundare pot provoca de asemenea in mod substantial suferinta la pacientii cu tulburare de stress post-traumatic.

Desi nici unul din modelele biologic sau psihologic nu furnizeaza o teorie comprehensiva a etilogiei tulburarii de stress post-traumatic, ele furnizeaza o informatie valoroasa in managmentul simptomelor.

TRATAMENTUL TULBURARII DE STRESS POST-TRAUMATIC

În mod curent, există o varietate de tratamente farmacologice și psihologice sau o combinație a acestora două, disponibile pentru tratamentul tulburării de stress post-traumatic. Indiferent de abordarea de tratament, scopurile principale sunt de a ajuta pacientii cu tulburare de stress post-traumatic să descrească gândurile intruzive, comportamentul de evitare, hiperstarnirea și amortirea și retragerea și să reducă simptomele psihotice și comportamentul impulsiv dacă acesta există. Odată ce aceste simptome principale sunt controlate, terapia ar trebui să se concentreze pe (First și Tasman, 2004, p. 933):

- Dezvoltarea capacității de a interpreta aenintarea percepută mult mai realist.
- Îmbunătățirea funcționării interpersonale.
- Promovarea încrederii în sine, încrederii și sentimentelor de securitate.
- Explorarea și clarificarea semnificațiilor atribuite evenimentului.
- Accesarea și confruntarea cu amintirile disociate sau reprimare.
- Întărirea suportului social și legăturilor sociale.
- Progresul de la identificarea cu „victimă” la identificarea cu „supraviețuitorul”.

Patru abordări de tratament majore – farmacologică, cognitiv-comportamentală, psihodinamică și hipnoterapeutică – sunt pe scurt revizuite. Nici una din aceste patru abordări nu furnizează un tratament comprehensiv sau integrat pentru tulburarea de stress post-traumatic. Fiecare abordare de tratament pare să accentueze diferite aspecte ale problemelor. În următoarele se revizuiește pe scurt fiecare abordare de tratament, hipnoterapia cognitivă care integrează terapia cognitiv-comportamentală și hipnoza fiind descrisă în restul capitoului.

Tratamentul farmacologic al tulburării de stress post-traumatic

Așa cum s-a văzut la cauzele biologice, tulburarea de stress post-traumatic este asociată cu schimbări neurochimice și psiho-fiziologice care pot conduce la tulburare substanțială și distress. First și Tasman (2004) au recomandat utilizarea unei medicații atunci când tulburarea de stress post-traumatic este severă, mai curând decât să ne concentrăm pe „psihoterapie concentrată pe traumă” (p. 934). Deși antidepresivele triciclice și inhibitorii monoamin-oxidazei au fost eficienți în managementul tulburării de stress post-traumatic, din cauza efectelor secundare prima linie de medicație în zilele noastre o constituie inhibitorii selectivi ai

serotoninei. First si tasman (2004) sugereaza o abordare succesiva pentru utilizarea medicatiei in tulburarea de stress post-traumatic asa cum este aratata in tabelul 5.1. Cateva incercari controlate placebo au aratat efectele pozitive pe termen scurt si lung al inhibitorilor selectivi ai serotoninei, incluzand fluoxetinul, sertralinul (Davidson si colaboratorii, 2001) si paroxetinul (Marshall si colaboratorii, 1998).

Fiecare din aceste medicatii au un spectru de proprietati pentru larga categorie de simptome a tulburarii de stress post-traumatic si ele au fost aplicate supravietuitorilor tuturor claselor majore ale traumei cum ar fi luptatorii combat, violenta sexuala, violenta non-sexuala si accidentul. In plus, ele au fost utile pentru pacientii cu sau fara depresie comorbida (de ex. Davidson si colaboratorii, 2001).

Tabelul 5.1. Utilizarea medicatiei in tulburarea de stress post-traumatic

PASUL 1

Inhibitori selectivi ai serotoninei
Medicatie adjuvanta:
Daca hiperstarnirea este proeminenta: benzodiazepine sau buspirone
Daca dispozitiile labile sau explozive sunt proeminente: anticonvulsivant sau
litiu
Daca disocierea este proeminenta; acid valproic
Daca insomnia este persistenta: trazodone
Daca simptomele psihotice sunt prezente: antipsihotic atipic.

PASUL 2

Daca nu exista raspuns sau exista intoleranta la inhibitorii selectivi ai serotoninei:
Antidepresiv cu actiune duala, de ex mirtazapine, venlafaxine
Medicatie adjuvanta ca mai sus.

PASUL 3

Daca nu exista raspuns la pasii 1 si 2:
Inhibitor al monoamin-oxidazei
Medicatie adjuvanta ca mai sus

PASUL 4

Alte medicamente folosite:

Propranolol – hiperstarnire

Clonidine – raspuns de tresarire sau spaima

Neuroleptice – psihoza, control al impulsului slab

În prezent rolul antipsihoticelor și medicamentelor de stabilizare a dispoziției în tulburarea de stress post-traumatic nu este bine înțeles, deși ele pot fi utile în practica clinică. De exemplu, agenții antipsihotici pot fi utili la pacienții cu un control al impulsului slab sau la trăsăturile tulburării de personalitate borderline și litiul și carbamazepina pot fi în beneficiul pacienților cu dispoziție oscilantă sau izbucniri explozive (First și Tasman, 2004). În mod similar, validitatea utilizării benzodiazepinelor în tulburarea de stress post-traumatic nu este bine definită. În timp ce proprietățile anti-fobice și anti-starnire a benzodiazepinelor pot fi indicate pentru unii pacienți cu tulburare de stress post-traumatic, First și Tasman (2004, p.936) sunt precauți în utilizarea benzodiazepinelor pe termen scurt deoarece benzodiazepinele pot introduce un set de probleme suplimentare de la simptome intense de recul, iar „indivizii care au o înclinare de a lua buza de alcool și alte substanțe, în cazul acestora benzodiazepinele nu sunt recomandate”. Deși medicația, în mod particular inhibitorii selectivi ai serotoninei este eficientă în reducerea hiperstarnirii și simptomelor afective ale tulburării de stress post-traumatic, aceasta nu se adresează comportamentului de evitare și problemelor interpersonale. Următoarea secțiune trece în revistă liniile de ghidaj pentru rolul medicației așa cum a fost stabilit prin consensul experților, în managementul tulburării de stress post-traumatic.

Tratamentul cognitiv-comportamental al tulburării de stress post-traumatic

Deoarece abordările cognitiv-comportamentale pentru tratamentul tulburării de stress post-traumatic au obținut suport empiric, terapia cognitiv-comportamentală este trecută în revistă aici pentru a evalua meritele terapiei cognitiv-comportamentale în relație cu celelalte tratamente. Cea mai mare parte a protocoalelor terapiei cognitiv-comportamentale implică o combinație a expunerii imaginare, expunerii situaționale, tehnicilor de management al anxietății, cum ar fi antrenamentul de relaxare și antrenamentul respirației și restructurarea cognitivă. Numeroase încercări randomizate controlate cu atenție au arătat că terapia cognitiv-

comportamentala poate fi eficienta in tulburarea de stress post-traumatic si castigurile sunt mentinute urmatoorii ani sau mai ult (Chard, 2005; Foa si colaboratorii, 2005; Taylor, 2004). Studiile meta-analitice comparand efectul terapiei cognitiv-comportamentale cu celelalte tratamente, arata protocoalele terapiei cognitiv-comportamentale „scade rata farmacoterapiei si ca terapia cognitiv-comportamentala este in mod egal eficienta pe termen scurt, fata de cele mai multe farmacoterapii potente, cum ar fi inhibitorii selectivi ai serotoninei (vezi Taylor, 2006, p. 74). In plus, studiile sugereaza ca terapia cognitiv-comportamentala este mult mai eficienta decat consilierea suportiva si terapia psihodinamica pe termen scurt si in mod egal eficienta cu desensibilizarea miscarii ochilor si reprocesare. Mult mai recent, cercetarea, cu o metodologie imbunatatita, sugereaza ca terapia cognitiv-comportamentala este mult mai eficienta si functioneaza mai rapid decat desensibilizarea si reprocesarea miscarii ochilor (EMDR) in reducerea simptomelor tulburarii de stress post-traumatic si ca efectul EMDR este comparabil cu antrenamentul de relaxare (Taylor si colaboratorii, 2003).

Un grup de experti recunoscuti international au dezvoltat un consens asupra tratamentului tulburarii de stress post-traumatic bazat pe cercetarea evidentei si experientei clinice (Ballenger si colaboratorii, 2000; Foa, Davidson si Frances, 1999). Consensul expertilor recomanda fie, fie inhibitorii selectivi ai serotoninei, fie interventiile psihosociale, utilizand terapia expunerii ca prima linie de interventie in tulburarea de stress post-traumatic. Grupul a concluzionat de asemenea ca terapia expunerii actineaza mai rapid si este tehnica psihoterapeutica cea mai eficienta si ca „metodele cu cele mai putine efecte secundare negative sunt tehnicile de management al anxietatii, psihoeducatia si restructurarea cognitiva” (Taylor, 2006, p. 74). Consensul grupului de experti de asemenea ofera urmatoarele linii de ghidaj al tratamentului (Foa, Davidson si Frances, 1999):

- Luarea in considerare a varstei pacientului, severitatii si duratei tulburarii de stress post-traumatic tratamentul ar trebui sa inceapa fie cu psihoterapie individuala, de ex terapie cognitiv-comportamentala, fie cu o combinatie a psihoterapiei si medicatiei.
- O combinatie a tratamentului ar trebui sa fie utilizata cand tulburarea de stress post-traumatic este comorbida cu depresie majora, tulburare bipolara sau tulburare de anxietate.
- Cand tulburarea de stress post-traumatic este comorbida cu abuzul de substante sau dependenta, fie tratam problema substantei mai intai, fie tratam ambele probleme simultan.
- Terapia expunerii este recomandata pentru simptomele evitarii sau reexperimentarii.
- Restructurarea cognitiva este recomandata pentru amortire, iritabilitate, furie, rusine si vina.
- Restructurarea cognitiva, cu sau fara terapia expunerii este recomandata pentru simptomele hiperstarnirii.

- Tratatamentul pentru copii si adolescenti mai mici poate include terapia de joc, psihoeducatie, indemanari de coping ale anxietatii si restructurare cognitiva.
- Tratatamentul pentru adolescentii mai mari poate fi la fel ca interventiile cognitiv-comportamentale pentru adolescentii mai mici.
- Daca pacientul esueaza sa raspunda la interventia psiosociala. Fie se adauga medicatie, fie se schimba cu alta psihoterapie.

Din aceasta trecere in revista apare ca terapia cognitiv-comportamentala este recomandata ca o prima linie de tratament pentru tulburarea de stress post-traumatic. Totusi, ar trebui sa fie utilizate liniile de ghidaj propuse de expert; aceasta inseamna ca abordarea de tratament ar trebui sa fie comprehensiva si cand este necesar, medicatia ar trebui sa fie inclusa.

Psihoterapia psihodinamica pentru tulburarea de stress post-traumatic

Teoriile psihologice timpurii ale tulburarii de stress post-traumatic s-au bazat pe explicatii psihodinamice. Aceste teorii au postulat ca simptomele tulburarii de stress post-traumatic erau manifestate cand mecanismele de coping au esuat pentru a face fata experientei coplecitoare. Esecul de a face fata conduce la evitarea sau reprimarea sentimentului. Care interfereaza cu procesarea experientei traumatice (Schwartz, 1990). Experientele traumatice ele insele pot produce simptomele sau ele pot face sa apara amintiri dureroase ale conflictelor inconstiente nerezolvate mai devreme, care pot face ca anxietatea sa apara (rezultand din inabilitatea de a mentine aceste amintiri reprimite). De exemplu, experienta de a uside pe un altul in batalie poate stimula aparitia unor impulsuri agresive anterioare (Halgin si Withbourne, 2006). Teoriile psihodinamice, de aceea considera interpretarea evenimentului traumatic ca fiind critica in determinarea simptomelor.

Din cercetarea clinica si literatura bazata pe acest subiect, doua abordari psihodinamice majore de psihoterapie in tulburarea de stress post-traumatic sunt identificate (Ursano si colaboratorii, 2006). Prima abordare se concentreaza asupra semnificatiei traumei pentru pacient in termenii conflictelor psihologice anterioare, experientei de dezvoltare, problemelor de relationare si etapei de dezvoltare in care a aparut trauma. In cadrul acestei abordari, terapeutul (a) evalueaza capacitatea pacientului de a face fata amintirilor evenimentelor traumatice; (b) examineaza aparitia amintirilor traumatice si (c) revizuieste stilul de coping pe care il utilizeaza pacientul pentru a conduce aceste amintiri (Freud, 1967). A doua abordare se concentreaza asupra efectului experientei traumatice asupra experientei anterioare sine -obiect a pacientului, stimei de sine coplecitoare, experientei schimbate de siguranta si pierdere si functiilor de auto-coeziune si auto-observare si ajta pacientul sa identifice si sa mentina un sentiment functional al sinelui in fata

traumei. (Shaw, 1987). Ambele abordari par sa fie utile in a se adresa factorilor subiectivi si interpersonalii ai tulburarii (de ex. Problemele increderii, incercarii distruse de atasament), schimbând credințele pacientului in legatura cu viziunea asupra lumii si schimbând perceptia despre siguranta. Un amestec de interventii suportive, orientate pe interior si concentrate pe trauma sunt utilizate pentru a ajuta pacientul sa revizuiasca valorile personale; sa examineze modul cum comportamentul si experienta au fost violate de evenimentul traumatic; sa modifice defensele maladaptative si strategiile de coping; si sa proceseze complet experienta traumatica (Yehuda si colaboratorii, 2002). Scopul este rezolvarea conflictelor constiente si inconstiente care au fost create de evenimentul traumatic. In plus, pacientul este ajutat sa construiasca stima de sine, auto-controlul, aprecierea personala rezonabila, sentimentul de integritate si mandrie personala.

In ciuda largii raspandiri in utilizarea in tulburarea de stress post-traumatic, psihoterapia psihodinamica nu a fost bine studiata prin semnificatiile cercetarilor randomizate, controlate. Putina cercetare care exista indica ca psihoterapiei psihodinamice pentru tulburarea de stress post-traumatic ii lipseste validarea empirica (Freeman, 1989). De exemplu, Brom, Kebler si Defare (1989) au coparat 18 sedinte de psihoterapie psihodinamica scurta cu desensibilizarea sistematica, hipnoterapia si lista de control a asteptarii. Rezultatul a indicat ca psihoterapia psihodinamica scurta era doar marginal mai buna decat lista de control a asteptarii. Consensul clinic, totusi sustine ca psihoterapia psihodinamica este utila in reducerea simptomelor profunde ale tulburarii de stress post-traumatic prin ajutarea pacientilor sa integreze experientele traumatice trecute intr-o schema a riscului, sigurantei, preventiei si protectiei mult mai adaptativa (Plakun si Shapiro, 2000).

Hipnoterapia pentru tulburarea de stress post-traumatic

Hipnoza a fost utilizata pentru tratarea experientelor traumatice legate de luptele combat, atacurile sexuale, esecul anesteziei si accidente de peste 200 de ani (Vijselaar si Van der Hart, 1992). Totusi, prin respingerea hipnozei de catre Freud si apatia popularitatii psihoterapiei psihodinamice in timpul primei jumati a secolului 20, hipnoza si-a pierdut atractia. Era un timp si dupa cel de-al Doilea Razboi Mondial cand hipnoza s-a pretins reputatia din nou ca o forma valida de procedura psihoterapeutica. Tehnicile hipnotice au fost gasite a fi eficiente in tratarea soldatilor cu „nevroze traumatice”, ceea ce in zilele noastre va fi descris ca tulburare de stress post-traumatic. In acele zile, hipnoterapia pentru tulburarea de stress post-traumatic a fost utilizata ca singura modalitate de tratament si era foarte mult influentata de teoriile psihanalitice ale defenselor ei si reprimarii, iar procedurile hipnotice erau limitate la abreactie si descoperirii (Kardiner si Spiegel,

1947). Larga acceptare a diagnosticului formal de tulburare de stress post-traumatic in 1980 a furnizat mai multa impetuozitate pentru hipnoza.

In consecinta, hipnoterapia a fost utilizata ca o psihoterapie adjuvanta (Spiegel, 1993) cu o varietate de pacienti traumatizati, incluzand supravietutorii razboiului, crimei, atacului sexual, accidentelor si dezastrelor naturale. Recunoasterea formală a diagnosticului si simptomatologiei tulburării de stress post-traumatic a condus de asemenea la cercetare intensiva a etiologiei si tratamentului tulburării. Aceasta agitare a interesului in ceea ce priveste tulburarea de stress post-traumatic conduce la dezvoltarea unui tratament psihologic si farmacologic eficiente si la realizarea ca tulburarea de stress post-traumatic poate fi o tulburare complexa, in special cand este asociata cu tulburari comorbide. In recunoasterea acestor dezvoltari, multi hipnoterapeuti au extins categoria de proceduri hipnotice in tulburarea de stress post-traumatic si au recunoscut limitele hipnozei ca singura modalitate de terapie accentuand rolul adjuvant al hipnoterapiei in tulburarea de stress post-traumatic. De aceea concentrarea pe procedurile hipnotice s-a schimbat de la descoperite si catharsis la reducerea hiperstarnirii, restructurarea credintelor disfunctionale si perceptiei si privescarea emintirilor traumatice. Spiegel (1993, p. 496-7) a sintetizat principiile fundamentale implicate in hipnoterapia tulburării de stress post-traumatic in acel moment:

Principiile fundamentale in utilizarea hipnozei in tratamentul tulburării de stress post-traumatic implica inducerea accesului controlat la amintirile traumatice si ajutarea pacientilor sa controleze afectul intens si raspunsurile psihologice puternice care pot acompania amintirea traumei. Concentrarea hipnotica poate fi atunci aplicata pentru a ajuta pacientii sa lucreze in privinta aspectelor durerii experientei traumatice si sa puna amintirile intr-o noua perspectiva, o forma a restructurării cognitive.

Totusi, in practica, hipnoterapia pentru tulburarea de stress post-traumatic a fost inca condusa in psihanaliza traditionala de principiul reamintirii, repetării si functionării (Spiegel, 1993). De exemplu, Spiegel (1993) a descris o abordare aproape comprehensiva pentru tratarea tulburării de stress post-traumatic cu hipnoza, care poate fi sintetizata in opt principii: confruntarea, confesiunea, consolarea, condensarea, constientizarea, concentrarea, controlul si congruenta. Desi Spiegel accentueaza natura adjuvanta a hipnozei si abordarea multi-modala pentru tratarea tulburării de stress post-traumatic, el nu a furnizat o descriere coerenta a modului cum hipnoza este integrata intr-un anumit tip particular de psihoterapie. Totusi, munca lui Spiegel a fost de pionierat in utilizarea hipnozei in tulburarea de stress post-traumatic (Maldonado si Spiegel, 2003). In plus, nu este clar modul cum hipnoza afecteaza schimbarile cand este combinata cu alte forme

de psihoterapie pentru tulburarea de stress post-traumatic.

Cu toate acestea, hipnoterapia a fost bine stabilita ca fiind un adjuvant util pentru terapiile cognitive, expunerii si psihodinamica. Un studiu randomizat controlat a lui Brom, Kleber si Defare (1989) a demonstrat ca hipnoza, in contextul terapiei comportamentale, desensibilizarii sistematice si psihoterapiei psihodinamice era mult mai eficienta decat o lista de control a asteptarii. Hipnoza si desensibilizarea sistematica au fost descoperite ca fiind mult mai eficiente in intruziunea simptomelor (de ex. Flashback-urile), pe cata vreme pentru raspunsul evitarii cea mai buna era terapia psihodinamica. Cu toate acestea nu au existat studii sistematice asupra eficacitatii hipnozei pentru tulburarea de stress post-traumatic (Cardena, 2000), desi o trecere in revista comprehensiva a literaturii (Cardena si colaboratorii, 2000) asupra utilizarii hipnozei in tulburarea de stress post-traumatic a indicat ca exista motive obligatorii pentru utilizarea hipnozei ca un adjuvant pentru tratamentul tulburarii. In mod similar, o revizuire mult mai recenta (Lynn si Cardena, 2007) a principiilor sustinute empiric si practicilor hipnozei in tulburarea de stress post-traumatic a sugerat ca hipnoza poate fi o procedura adjuvanta utila in tratamentul tulburarii, dar ramane inca de de „dovedit” ca este o tehnica pentru ameliorarea simptomelor post-traumatice.

Mult mai recent, printre unii clinicieni, a existat de asemenea o tendinta de a integra cercetarea in practica clinica. Din punct de vedere istoric, abordarile hipnoterapeutice pentru tulburarea de stress post-traumatic au aparut in absenta unei recunoasteri definitive a preocuparilor in ceea ce priveste etiologia si unei noi avansari in ceea ce priveste tratamentul. Aceasta abordare de interventie in fata unei recunoasteri limitate a rezultat din aplicarea abordarilor de tratament care au derivat din specularea unui construct teoretic bazat pe analize post-hoc ale cazurilor de succes. Diversitatea procedurilor hipnoterapeutice in tulburarea de stress post-traumatic si rata de succes aproape modesta produsa de acestea, ca singura modalitate de tratament, atesta aceasta atitudine. In contrast, Lynn si colegii sai (Lynn si Cardena, 2007; Lynn si Kirsch, 2006) au revizuit literatura asupra etiologiei si tratamentului tulburarii de stress post-traumatic si au identificat trasterurile proeminente care pot fi relevante pentru hipnoza. De exemplu, ei au fost impresionati de:

Faptul ca terapia expunerii a fost descoperita ca fiind eficienta in toate cele 12 studii ale tratamentului tulburarii de stress post-traumatic in care era angajata (vezi Rothbaum, Meadows, Resnick si Foy, 2000) si ca tratamentele cognitiv-comportamentale pentru tulburarea de stress post-traumatic sunt de asemenea inalt eficiente (Deacon si Abornowitz, 2004; Van Etten si Taylor, 1998) face hipnoza o interventie adjuvanta promitatoare pentru ameliorarea suferintei victimelor traumei. Aceasta impresie este intarita de faptul ca pacientii cu conditii post-

traumatice par sa fie mult mai sugestibili hipnotic decat cea mai mare parte a populatiei (Bryant, Guthrie si Moulds, 2001; Spiegel, Hunt si Dondershine, 1988; Stutman si Bliss, 1985). Printr-o reanalizare a datelor, nivelele crescute de hipnotizabilitate printre clientii cu tulburare de stress post-traumatic erau asociate cu succesul terapeutic (Cardena, 2000; Cardena si colaboratorii, 2000) si nivelele de hipnotizabilitate au fost asociate cu simptomele evitarii (Bryant, Guthrie, Moulds, Nixon si Felmingham, 2003). Aceste descoperiri au fost interpretate ca un model suportiv al diatezei/stressului in care indivizii inalt hipnotizabili/ disociativi mult mai probabil vor dezvolta conditii post-traumatice/ disociative mai curand decat alte conditii psihiatrice (Butler, Duran, Jasiukaitis, Koopman si Spiegel, 1996) . (Lynn si Cardena, 2007, p.170).

Cercetarea informatiei nu furnizeaza doar un motiv pentru utilizarea hipnozei in tulburarea de stress post-traumatic, ci de asemenea da directia pentru domeniile de psihoterapie in care hipnoza poate fi aplicata cel mai eficient ca un adjuvant. Abordarea lui Lynn si Cardena bazata pe evidenta demonstreaza modul cum hipnoza poate fi combinata cu terapia expunerii si terapia cognitiv-comportamentala pentru a ameliora simptomele tulburarii de stress post-traumatic. Aceasta abordare, de asemenea furnizeaza un design eficient pentru evaluarea efectului suplimentar al hipnozei intr-o terapie bine stabilita pentru tulburarea de stress post-traumatic. Alladin si Alibhai (2007) si Bryant si colaboratorii (2005) au utilizat design-uri de cercetare similare pentru a studia efectele suplimentare ale hipnozei in depresie si stress-ul acut. Componenta de hipnoterapie a hipnoterapiei cognitive pentru tulburarea de stress post-traumatic descrisa in acest capitol integreaza cercetarea din terapiile cognitiv-comportamentale, terapiei expunerii si antrenamentului imageriei. Asa cum am mentionat mai devreme, o multitudine de tehnici hipnotice a fost utilizata in tulburarea de stress post-traumatic si unele din acestea au fost dezvoltate fara a lua in considerare ultimele progrese in etiologia si trataentul tulburarii.

Acest capitol extinde munca lui Lynn (Lynn si Kirsch, 2006; Lynn si Cardena, 2007) prin integrarea hipnozei in cadrul terapiei de rescriere a imageriei dezvoltata de Smucker (1997; Smucker si Dancu, 1999; Smucker si Niederee, 1995; Smucker si colaboratorii, 1995). Terapia de rescriere a imageriei utilizeaza expunerea si antrenamentul imageriei in procesarea experientelor traumatice. Rezultatul studiilor (Grunert si colaboratorii, 2003; Smucker si Dancu, 1999) si numeroaselor studii de caz ofera supor empiric pentru eficacitatea terapiei rescrierii imageriei in reducerea simptomelor tulburarii de stress post-traumatic, eliminand recurenta flashback-urilor si cosmarurilor si modificand schemele traumatogene.

Sumar

Deși rezultatul studiilor în ceea ce privește tratamentul a demonstrat că terapia cognitiv-comportamentală și farmacoterapia sunt eficiente în reducerea simptomului nici un tratament nu este eficient atunci când se adresează unei largi categorii de probleme clinice observate la pacienții traumatizați. De aceea este necesar să dezvoltăm tratamente multi-modale pentru tulburarea de stress post-traumatic, constând din intervenții farmacologice și psihologice și la fel de bine să se adreseze problemelor interpersonale, intrapersonale și familiale și tulburărilor comorbide. Dezvoltarea și administrarea terapiei multi-modale ar trebui să urmeze liniile de ghidaj recomandate de consensul experților în ceea ce privește tulburarea de stress post-traumatic (Ballenger și colaboratorii, 2000; Foa, Davidson și Frances, 1999). Explicatia psihanalitică a tulburării de stress post-traumatic este restrictivă și speculativă și din acest motiv, terapiile bazate pe principiile psihodinamice sunt limitate, deși utile în rezolvarea anumitor probleme (de ex. Vină, semnificația simbolică a traumei). Psihoterapia psihodinamică poate servi cel mai bine în tulburarea de stress post-traumatic ca un tratament adjuvant.

În mod similar, hipnoterapia poate fi cel mai eficient utilizată în tulburarea de stress post-traumatic ca un adjuvant la abordarea multi-modală de terapie (Dowd, 2000; Linden, 2007; Oster, 2006). Ca un adjuvant la tratamentul tulburării de stress post-traumatic, hipnoterapia este promitoare pentru că:

- Rezultatul studiilor indică că hipnoza are un efect suplimentar când este combinată cu alte forme de psihoterapie.
- Supraviețuitorii traumei sunt înalt sugestibili la hipnoza și din acest motiv hetero sau auto-hipnoza poate fi utilizată pentru a modula simptomele.

ETAPELE HIPNOTERAPIEI COGNITIVE PENTRU TULBURAREA DE STRESS POST-TRAUMATIC

Hipnoterapia cognitivă pentru tulburarea de stress post-traumatic este un tratament multi-modal bazat pe evidenta care poate fi aplicat la o largă categorie de pacienți traumatizați. Deși hipnoterapia cognitivă pentru tulburarea de stress post-traumatic reprezintă intervenția cea mai comprehensivă, abordarea de tratament este o muncă în progres, în timp ce noi continuăm să învățăm mai mult despre etiologia și tratamentul tulburării de stress post-traumatic. Hipnoterapia cognitivă în general constă din 16 sedințe săptămânale, care pot fi extinse sau modificate conform nevoilor clinice ale pacientului, domeniilor de preocupare, în funcție de prezenta simptomelor și tulburărilor comorbide. Hipnoterapia cognitivă pentru tulburarea de stress post-traumatic implică șapte etape, constând din:

1. Evaluarea clinică
2. Psihoeducația
3. Reducerea distress-ului și tratamentul de reglare a afectului.
4. Intervenții cognitive.
5. Procesarea emoțională.
6. Creșterea identității și funcționării relaționale.
7. Tratamentul farmacologic dacă este necesar.

Aceste etape sunt bazate pe recomandarea unui număr de terapeuți care au propus ca tratamentul ar trebui să urmeze, în special în tulburarea de stress post-traumatic cronică sau complicată, o secvență flexibilă a fazelor: stabilizarea simptomului și dezvoltarea unei alianțe terapeutice, lucrul cu amintirile traumatice și integrarea (de ex Cardena și colaboratorii, 2000). Aceste etape ale hipnoterapiei cognitive sunt descrise pe scurt aici, și oriunde este relevant, iar etapele utilizate pentru tratarea lui Roger în timpul fiecărei etape de tratament vor fi ilustrate. Succesiunea etapelor de tratament poate fi schimbată pentru a se potrivi nevoilor clinice ale fiecărui pacient. Înaintea descrierii etapelor hipnoterapiei cognitive, un caz este prezentat.

Strudiu de caz: Roger

Acesta este un caz pe care l-am tratat cu doi ani în urmă. Detaliile sunt schimbate pentru a proteja confidențialitatea și identitatea. Roger a fost trimis la mine de medicul său de familie pentru evaluare și tratamentul „stress-ului legat de

trauma”. Roger si-a consultat medicul de familie pentru anxietate, depresie si dificultati de somn. A fost tratat cu antidepresive si medicatie hipnotica timp de sase luni. Somnul sau s-a imbunatatit, dar continua inca sa experimenteze stari de anxietate si depresie si nu era pregatit sa se intoarca la munca. Medicul de familie l-a trimis deoarece a simtit ca Roger nu facea fata cu bine „experientei sale traumatice”.

Roger era ofiter de politie, care a fost trimis timp de sase luni intr-o tara din Europa de Est pentru asista departamentul de aplicare a legii in antrenarea si extinderea fortei de politie locale. In timpul sarcinii sale, Roger a simtit injustitia, varsarea de sange, violenta si si mutilarea victimelor bombardamentelor. A fost supus la cele mai ingrozitoare orori atunci cand a fost retinut si interogat pentru o saptamana fiind suspectat de spionaj. Roger a vazut cum un mic oras a fost atacat fara provocare, satenii au fost ridicati si „brutalizati” si apoi proprietatea le-a fost distrusa. Roger care era oaspete la un ofiter de politie si familia sa din sat, a protesta fata de ofiterul de comanda al operatiunii. El a fost acuzat ca este spiun si a fost arestat, retinut si interogat pentru o saptamana. Desi el nu a fost torturat fizic, a fost interogat sub amenintarea armei pentru multe ore si a petrecut trei zile intr-o singurătate totala fara nici o haina pe el si a dormit direct pe podea.

Roger avea 42 de ani cand a fost trimis pentru tratament. Era casatorit de 16 ani si avea doi fii in varsta de 12 si 10 ani. Roger provenea din clasa de mijloc; tatal sau a fost ofiter de politie iar mama sa a fost profesoara de liceu. Copilaria sa a fost fara evenimente deosebite, cu exceptia faptului ca avea relatii dificile cu tatal sau. Tatal sau nu tolera deloc slabiciunea exprimarii vreunei emotii. Roger il descrie ca diind „de moda veche, autoritar si un politist greu de cap”. Roger intotdeauna s-a simtit neconfortabil in prezenta tatalui sau, in cazul in care trebuia sa-i spiuna ceva. Ca adolescent, Roger era foarte timid si nu a furnizat date pana cand a implinit 19 ani. Era constient de acneea sa si de supragreutatea sa. Era de mijloc in privinta performantei academice, dar excela la sport si din acest motiv a decis sa devina politist.

Cand Roger s-a inotrs din Europa de Est el a inceput sa aiba flashback-uri, cosmaruri si tulbvurari de somn. Se simtea anxios, deprimat, obosit si nu avea nici un interes pentru nimic. Isi petrecea cea mai mare parte a timpului in pat si mentinea putina comunicare cu familia lui. Se simtea furios si ura tot, in special slujba lui si nu voia sa se intoarca la lucru.

Sedinta 1: Evaluarea clinica

Prima sedinta este dedicata obtinerii istoriei si evaluarii clinice. Este important pentru terapeut sa obtina o istorie clinica detaliata pentru a formula diagnosticul si a identifica aspectele psihologice, fiziologice si sociale esentiale ale comportamentului pacientului inainte de initierea hipnoterapiei cognitive. Cel mai eficient mod de a obtine toate aceste informatii este de a utiliza abordarea formularii cazului descrisa in capitolul 2. Abordarea formularii cazului permite clinicianului sa transforme si sa croiasca tratamentul nomotetic (general) pentru pacientul individual (idiografic) (vezi apendicele B si C). Este recomandat ca liniile de ghidaj ale evaluarii furnizate de consensul international in ceea ce priveste tulburarea de stres post-traumatic (Keane, Solomon si Maser, 1996) sa fie integrate in formularea cazului. Consensul international recomanda obtinerea urmatoarelor date:

1. Informatia din interviurile administrate de clinician standardizate .
2. Evaluarea tulburarii legate de trauma si disabilitatii.
3. Aspectele evenimentului, incluzand varsta, amenintarea perceputa a vietii, raniri, tulburari, frecventa si durata.
4. Instrumente de auto-raportare la simptom. (de ex Scala Revizuita de Impact a Evenimentului, Weiss si Marmar, 1997) cu validitatea si soliditatea stabilita.

In plus, Lynn si Cardena (2007, p.172) recomanda obtinerea informatiei despre atributele personale, comportamente, sentimente si ganduri care au aparut inainte si dupa experienta traumatica, incluzand:

1. Resursele si limitele personale (de ex. Capacitatea pentru insight, abilitatea de a tolera si de a accepta emotiile negative, problemele spirituale relevante, probleme de memorie) si suportul social.
2. Istoria tulburarilor psihologice comorbide si a traumei anterioare.
3. Schimbari in credintele persoanei despre sine (de ex. „Sunt inutil deoarece nu rezist la atacul sexual”) si lume („Nu pot sa am incredere in nici un barbat”) in raspunsul la evenimentul traumatic.
4. Aparitia curenta a reactiilor post-traumatice.
5. Continutul flashback-urilor si raportarea reactivitatii psihofiziologice si emotionale concomitente.
6. Succesul sau insuccesul strategiilor utilizate pentru controlul flashback-urilor.
7. Probleme de memorie.
8. Abilitatea de a forma o alianta de lucru cu terapeutul.

Este de asemenea important sa administram scala de hipnottizabilitate pacientului. Alldin (2008) furnizeaza cateva motive pentru utilizarea masurarii hipnotizabilitatii in practica clinica, inluzand:

1. Teste de hipnotizabilitate standardizate furnizate ca o indicatie a gradului de adncire hipnotica pe care pacientul o poate experimenta.
2. Aceasta informatie permite selectarea unor strategii de tratament adecvate.
3. Testul permite pacientului sa devina familiar cu experienta hipnotica inainte de inductia hipnotica, ceea ce ajuta sa demontam miturile care inconjoara hipnoza si pregatesc pacientul pentru inductie hipnotica.
4. Alina temerile si astfel ajuta sa se construiasca un raport si incredere.
5. Administrarea acestor teste creaza un set psihologic pozitiv si astfel face inductia ulterioara a hipnozei profunde mai usoara.
6. Prin test, terapeutul poate evalua raspunsul pacientului la sugestii, de ex. Senzatie de plutire sau greutate, care pot fi integrate in sedintele viitoare de hipnoterapie.

Spiegel (199#0 a discutat in mod special importanta masurarii hipnotizabilitatii clinice la pacientii cu tulburare de stress post-traumatic.

In plus, cand evalkuam sau tratam pacientii cu tulburare de stress post-traumatic, anumite obstacole si in special probleme legale sau etice pot fi intalnite, care trebuie sa fie luate in considerare:

1. Inainte de a incepe evaluarea este necesar sa sfatuim pacientul in legatura cu natura si limitele confidentialitatii (Taylor, 2006). Confidentialitatea trebuie sa fie nerespectata daca pacientul prezinta riscul de face rau siesi si alrora, perpetuarea traumei prezinta un risc crescut de a abuza alti copii si daca pacientul este minor si este supus unui tratament rau. Clinicianul trebuie de asemenea sa informeze pacientul ca in anumite circumstante (de ex. Cand pacientul este implicat in litigii)consumul evaluarii si progresul tratamentului pot fi supuse curtii.
2. La anumiți pacienti cu tulburare de stress post-traumatic, furia poate fi o problema majora. Desi multi supravietuitori ai violentei interpersinale manifesta furie intensa, majoritatea dintre ei nu manifesta furie. Unii pacienti pot avea fantezii de razbunare asupra atacatorului si pot avea un plan pentru retribuire. Este de aceea important pentru terapeut sa se intereseze despre razbunare, planul de actiune (de ex. Sa cumpere o arma de foc) si istoria violentei (Taylor, 2006).
3. Este important sa determinam siguranta fizica a pacientului. Unii pacienti

neglijența propria siguranță, ceea ce îi pune în riscul de revictimizare. Dacă pacientul trăiește după circumstanțele hazardului, poate fi necesar să obținem servicii sociale și ajutorul altor agenți implicați pentru a furniza asistență practică.

4. Dacă nu sunt chestionați în mod special, unii pacienți cu tulburare de stres post-traumatic sunt nedornici să dezvăluie o istorie a traumei din cauza rușinii, auto-blamării și tendința de a evita subiectele tulburătoare (Kilpatrick, 1983). Pentru a îndepărta acest obstacol, Lynn și Cardena (2007) sfătuiesc terapeutul să pună mai departe întrebări directe.
5. Pentru a obține informație relevantă, uneori poate fi necesar să obținem informație colaterală de la celelalte persoane semnificative pentru pacient pentru a obține o altă perspectivă asupra simptomelor pacientului și funcționării pacientului. De aceea este important pentru clinician să obțină permisiunea pacientului de a intervieva una din persoanele semnificative pentru pacient.

Necesitatea intervenției farmacologice ar trebui să fie de asemenea evaluată. Așa cum am observat mult mai devreme, consensul internațional asupra tratamentului tulburării de stres post-traumatic (Ballenger și colaboratorii, 2000; Foa, Davidson și Frances, 1999) a recomandat fie inhibitorii selectivi ai serotoninei, fie intervențiile psihologice ca primă linie de intervenție; sau o combinație a tratamentului ar trebui să fie utilizată când tulburarea de stres post-traumatic este comorbidă cu depresia majoră, tulburarea bipolară și tulburarea anxietății; și dacă pacientul esuează să răspundă la intervenția psihosocială medicația poate fi adăugată. Este de aceea bine stabilit că unii pacienți cu tulburare de stres post-traumatic obțin beneficii din medicație.

Sedința 2: Psihoeducția și revizuirea medicației

Deoarece psihoeducția este considerată o parte foarte importantă a protocolului de tratament, o întreagă sedință este dedicată educării pacientului și răspunderii la întrebări. Aceasta implică învățarea pacienților despre cauzele și tratamentul tulburării de stres post-traumatic și modul cum terapeutul și pacientul pot colabora pentru a îmbunătăți rezultatul. Psihoeducția este esențială pentru obținerea consimțământului informat; corectarea concepțiilor greșite despre tulburarea de stres post-traumatic și bolile mentale; îndepărtarea neînțelegerii în legătură cu tratamentul, în mod particular cu hipnoza; discutarea efectelor secundare, atât a tratamentelor psihologice, cât și farmacologice; și asigurarea aderenței tratamentului. În absența unei explicații adecvate a tulburării și

tratamentului, este neprobabil ca pacienții cu tulburare de stress post-traumatic să fie motivați să urmeze cursul psihoterapiei, în special când i s-a spus că tulburarea sa se datorează imbalanței chimice. Dacă se întâmplă ca pacientul să fie un copil, explicația trebuie să fie adecvată vârstei și, în plus, părinții vor fi educați. Psihoeducatia poate fi suplimentată prin sfatul pacienților să citească lucrarea *Consensul Experților privind Liniiile de Ghid ale Tratatamentului pentru Tulburarea de Stress Post-Traumatic: UN Ghid pentru Părinți și Familii*, pregătită de Asociația Americană a Tulburării de Anxietate, care poate fi downloadată de pe internet de pe www.psychguides.com, sau obținută prin contactarea Asociației Americane a Tulburării de Anxietate la 00-1-301-231-9350. Lucrarea descrie simptomele și tratamentele tulburării de stress post-traumatic și include chestionare de auto-evaluare, bazate pe DSM- IV pentru identificarea simptomelor tulburării.

Majoritatea pacienților cu tulburare de stress post-traumatic tratați de psihoterapeuți sunt trimiși de medicii de familie și psihiatri și este probabil să fie sub medicație. Parte din psihoeducatie ar trebui să se adreseze rolului medicației sau tratamentului combinat (psihoterapie plus medicație) pentru tulburarea de stress post-traumatic, la fel de bine și efectelor secundare. Dacă terapeutul nu este bine informat în legătură cu medicația pentru tulburarea de stress post-traumatic, ar trebui să lucreze mult mai apropiat cu medicul curant sau să aranjeze cu medicul să revizuiască sau să discute preocupările privitoare la medicație.

Sedintele 3-7: Reducerea distress-ului și antrenamentul reglării afectului

Următoarele patru sedințe sunt dedicate reducerii stărnirii copleșitoare, disoriei și amintirilor emotionale încărcate experimentate de pacienții cu tulburare de stress post-traumatic. Pentru a face față răspunsurilor emotionale negative, supraviețuitorii traumei angajează strategii de evitare emoțională (Briere și Scott, 2006) cum ar fi suprimarea (gândurilor, sentimentelor și amintirilor supărătoare); disocierea (de ex. Amnezia tuturor sau numai a o parte din stressori, depersonalizarea); amortirea (de ex, stărnirea psihologică); abuzul de substanțe; sau activitatea de reducere a tensiunii externe (de ex. Evitarea activităților, oamenilor, locurilor sau conversațiilor care pot face să apară amintiri ale stressorului). Din păcate, aceste strategii de coping nu sunt doar maladaptative, ele de asemenea inhibă recuperarea psihologică, prin efectele evenimentelor traumatiche. Această secțiune descrie câteva strategii hipnotice pentru reglarea afectului disabilitant și pentru confruntarea cu distress-ul emoțional și psihologic copleșitor. Tehnicile hipnotice descrise aici se aseamănă cu proceduri cum ar fi

sedimentarea, antrenamentul relaxării, terapiei cognitive, inoculării stress-ului și managementului anxietății, raportate în literatura anxietății și traumei. Torusii etichetate, aceste strategii fac să crească capacitatea pacientului de a tolera și de a regla stările emotionale dureroase (Briere și Scott, 2006).

Hipnoza pentru reglarea afectului

Asa cum am discutat în capitolul 1, practicienii terapiei cognitive-comportamentale tind să utilizeze antrenamentul de relaxare sau procedurile imaginerii mai curând decât hipnoza. Marele avantaj al utilizării hipnozei față de antrenamentul de relaxare este că furnizează parghia pentru tratamentul psihologic (Alladin, 2006a, 2007b); aceasta înseamnă că starea hipnotică poate fi ușor și rapid indusă la pacienții cu tulburare de stress post-traumatic care este cunoscut că sunt înalt sugestibili la hipnoza (Bryant, Guthrie și Moulds, 2001; Spiegel, Hunt și Dondershine, 1988; Stutman și Bliss, 1985). Atunci, starea hipnotică poate fi utilizată pentru a produce o relaxare mentală și fizică profundă și a ajuta pacientul să se disocieze de amintirile suparatoare ale evenimentului traumatic pentru siguranță și confortul mediului fizic prezent. Odată ce pacientul se simte complet relaxat, în siguranță și că deține controlul, starea de tranșă poate fi utilizată pentru a învăța pacientul cum să moduleze reacțiile emotionale prin auto-hipnoza. Cele patru sesiuni de hipnoza se concentrează în special pe inducerea relaxării; demonstrarea puterii minții; întărirea eului; extinderea conștientizării; modularea și controlarea simptomelor; învățarea auto-hipnozei; și oferirea sugestiilor post-hipnotice. Hipnoza este indusă din nou mai târziu în contextul procesării emotionale pentru rescrierea amintirilor traumatiche. Cele patru sesiuni inițiale de hipnoza servesc unei faze preparatorii pentru o terapie a expunerii mult mai complexe și provocării anxietății, care este introdusă mai târziu în tratament.

Antrenamentul relaxării

Unul din cele mai importante scopuri pentru utilizarea hipnozei în contextul hipnoterapiei cognitive este de a induce relaxarea. Supraviețuitorii traumei experimentează nivele înalte de anxietate și reacții psihologice de hiperstarnire. Din aceste motive pacienții cu tulburare de stress post-traumatic obțin un beneficiu considerabil din învățarea tehnicilor de relaxare. Eu utilizez *relaxarea cu metoda numărării* adaptată după Gibbons (1979; vezi Alldin, 2007b) pentru inducerea și adâncirea în tranșă hipnotică. Am ales această tehnică deoarece poate fi ușor transformată într-o tehnică de auto-hipnoza. Scenariul hipnoterapeutic din apendicele E (Inducția hipnotică și întărirea eului: Numărare cu Metoda relaxării) furnizează unele exemple pentru inducerea relaxării profunde la pacienții cu

tulburare de stress post-traumatic. Roger care avea o mare dificultate de a se relaxa sa- de a-si calma „nervii” a gasit procedura de relaxare hipnotica foarte utila. La sfarsitul primei sedinte hipnotice, el a comentata „Nu am fost niciodata capabil sa ma relaxez in intreaga mea viata. Hipnoza a fost magica; m-a calmat atat de mult, incat m-am schimbat complet”. Majoritatea pacientilor cu tulburare de stress post-traumatic tratati cu hipnoterapie cognitiva gasesc experienta relaxarii ca fiind foarte puternica si sustinatoare a increderii.

Demonstrarea puterii mintii

Pentru a creste credibilitatea hipnozei si sentimentul de auto-putere, catalepsia ochilor si a corpului sunt induse hipnotic. Aceasta procedura demonstreaza puterea mintii asupra corpului si adopta credinta ca pacientul poate utiliza puterea mintii pentru a controla simptomele.

Intarirea eului

Principiile din spatele intaririi eului au de a descreste anxietatea, de a creste stima de sine si auto-eficacitatea si gradual de a restabili increderea pacientului in abilitatea sa de a face fata simptomelor post-traumatice. Bandura (1977) a demonstrat ca *auto-eficacitatea* sau expectatia si increderea de a fi capabil sa faca fata cu succes este unul din elementele cheie in tratamentul eficient al tulburarii de anxietate. Indivizii care au un sentiment de inalta auto-eficacitate tind sa se perceapa pe ei insisi ca detinand controlul. Daca supravietuitorii traumei pot fi ajutati sa se vada ca fiind auto-eficace, este mai putin probabil ca ei sa evite situatiile provocatoare de anxietate. Hartland (1971) crede ca pacientii trebuie sa se simta increzatori si destul de puternici pentru a lasa sa treaca simptomele. Sugestiile de intarire a eului sunt de aceea in mod special construite pentru a creste increderea pacientului, abilitatile de coping, imaginea de sine pozitiva si indemanarile interpersonale (vesi apendicele E). Totusi este important ca sugestiile de intarire a eului sa para credibile si logice pentru pacient (Alldin, 2006a, 2007b). De exemplu mai curand decat sa se afirme „Cu fiecare zi te vei simti mai bine” este recomandat sa sugeram „Ca un rezultat al acestui tratament si ca un rezultat al faptului ca tu practici auto-hipnoza, cu fiecare zi vei incepe sa te simti mai bine”. Acest set de sugestii nu suna doar logic, ci devin contingente si continue cu terapia si adera la tema pentru acasa.

Expansiunea constiențizării

Hipnoza furnizează un vehicul puternic pentru extinderea constiențizării și amplificarea experienței. Am descoperit că tehnica lui Brown și Fromm a *îmbunătățirii experienței afective și extinderii sale* este foarte eficientă în constiențizarea emoțiilor; crearea constiențizării variatelor sentimente; intensificarea afectului pozitiv; îmbunătățirea afectului „descoperit”; inducerea dispozițiilor pozitive; și creșterea motivației. Obiectul acestei proceduri este de a ajuta pacienții post-traumatici să creeze, să amplifice și să exprime o varietate de sentimente și experiențe negative și pozitive. Această tehnică induce încrederea că simptomele post-traumatice pot fi modificate și controlate.

Pentru a-l ajuta pe Roger să aducă experiența sa de amortire de fiecare dată când se gândește la muncă, sub hipnoză i-a fost sugerat: „Când număr de la UNU la CINCI.... în momentul când mă auzi spunând CINCI..... vei începe să simți o oarecare emoție care este asociată cu gândurile tale despre muncă”. Roger a fost ajutat să amplifice afectul asociat cu muncă: „Când voi număra încet de la UNU la CINCI..... în timp ce eu număr vei începe să experimentezi sentimente supărătoare din ce în ce mai intense..... astfel încât atunci când vei ajunge la CINCI..... când eu număr CINCI vei începe să simți reacția deplină atât de puternică cât poți suporta.... Acum, observă ceea ce simți și vei fi capabil să-mi descrii ceea ce simți”. Roger a fost atunci instruit să utilizeze auto-hipnoza pentru a modula și controla reacția sa.

Modularea și controlarea simptomelor

Hipnoza este un instrument terapeutic puternic pentru producerea *cognitiei sincretice* (Alladin, 2006a, 2007b), care constă dintr-o matrice de schimbări cognitive, somatice, perceptuale, psihologice, viscerele și kinestezice. Inducția hipnotică și modularea cognitivității sincretice furnizează o dovadă dramatică pentru pacienții traumatizați că ei pot regla și schimba sentimentele și experiențele stresante. DiPiano și Salzberg (1981) cred că îmbunătățirea rapidă adesea observată la pacienții care primesc hipnoterapie este în parte legată de experiența transei pozitive.

Antrenamentul de auto-hipnoză

Scopul antrenamentului de auto-hipnoza este de a furniza pacienților cu tulburare de stress post-traumatic încredere și îndemnări pentru controlarea simptomelor emotionale și fizice în afara sesiunilor de terapie. În plus, auto-hipnoza servește ca un instrument puternic pentru contracararea gândirii negative sau auto-hipnozei negative (Alldin, 1994, 2006a, 2007b; Araoz, 1981, 1985). La sfârșitul primei sesiuni de hipnoterapie, pacientului îi este dată o casetă sau CD de auto-hipnoza (constând dintr-un scenariu complet de la apendicele D) pentru practicarea auto-hipnozei acasă. Sarcina temei pentru acasă permite continuitatea tratamentului între sesiuni și oferă pacientului oportunitatea de a învăța auto-hipnoza. Ultimul scop al psihoterapiei este de a ajuta pacientul traumatizat să stabilească încrederea în sine și independența. Auto-hipnoza este un instrument foarte puternic pentru realizarea încrederii în sine și puterii personale (Alman, 2001) și pentru dezvoltarea comportamentelor de auto-corectare.

Pacientul este de asemenea antrenat să inducă auto-hipnoza rapid încheștând pumnul ca o *ancora*. O ancora este un stimul care evocă un model de răspuns consistent din partea unei persoane (Lankton, 1980). *Tehnica încheștării pumnului* a fost descrisă de Stein (1963) și este foarte utilă cu pacienții anxioși (Basker, 1979; Stanton, 1997). Pumnul este o ancora ușor de stabilit. Când pacientul este într-o stare de tranșă profundă, el este sfătuit să devină conștient de relaxarea profundă la fel ca și de sentimentul de încredere și control. Apoi, pacientul este instruit să încordeze pumnul de la o mână preferată și i se sugerează ca „De acum înainte, oricând te vei simți exact cum te simți acum, tot ce trebuie să faci este să îți încordezi pumnul și să-ți ancorezi mintea la această experiență.” Tehnica ancorării este consolidată de antrenamentul repetitiei imaginare și de sugestiile post-hipnotice. Aceasta este o strategie „portabilă”: pacientul o poate utiliza în orice situație în care el experimentează anxietate. Deși orice stimul poate fi condiționat ca o ancora, pumnul acționează ca o ancora puternică deoarece în cele mai multe culturi încordarea pumnului evocă și simbolizează puterea de sine.

Sugestii post-hipnotice

Înainte de terminarea sesiunii hipnotice, sugestii post-hipnotice sunt date pentru a contracara comportamentele problematice, emoțiile negative și cognitiile disfuncționale sau auto-afirmatiile negative. Supraviețuitorii traumei au tendința de a rumina cu auto-sugestii negative (de ex. „Nu voi mai fi niciodată aceeași persoană”; „Nu pot face față lumii”). Aceasta poate fi privită ca o formă de sugestie post-hipnotică, care poate deveni o parte a modelului de comportament de evitare. Pentru a rupe ruminările negative este foarte important să contracaram

cognitiile disfunctionale. Aici sunt cateva exemple de sugestii post-hipnotice care pot fi sugerate pacientilor cu tulburare de stress post-traumatic:

- „De fiecare data cand esti suparat intr-o situatie, vei deveni mult mai constient de modul cum sa faci fata mai curand decat sa te concentrezi pe evenimentul traumatic”.
- „Cand planifici sa te confrunti cu o situatie provocatoare de anxietate, vei simti mai putin nevoiasa eviti situatia.”
- „In timp ce devii din ce in ce mai implicat in a face lucruri, te vei simti motivat sa partici la alte activitati.”

Clarke si Jackson (1983) considera sugestiile post-hipnotice ca fiind o forma de „conditionare inalt ordonata” care functioneaza ca o intarire pozitiva su negativa pentru a creste sau descreste probabilitatea unor comportamente dorite sau nedorite. Ele pot fi cu succes utilizate pentru a imbunatati efectul expunerii in vivo printre agorafobici.

Sedintele 7-10: Interventiile cognitive

Terapia cognitiv-comportamentala este utilizata pentru a ajuta pacientii cu tulburare de stress post-traumatic sa schimbe semnificatia evenimentelor traumatice (Resick si Schnicke, 1992). Terapia cognitiv-comportamentala este in mod particular utila in restructurarea credintelor legate de emotiile non-anxioase, cum ar fi vina, rusinea, jena si furia (Jaycox, Zoellner si Foa, 2002; Kubany si Watson, 2002). Ajuta de asemenea sa ne adresam emotiilor neutile cum ar fi rusinea si furia anterior inceperii expunerii. De exemplu, Jack era asa de infuriat pe soferul beat care a provocat accidentul autovehicolului inact el era serios tulburat incat a refuzat sa se concentreze asupra anxietatii in timpul terapiei expunerii; in schimb el s-a concentrat pe furie. Cercetarea indica ca furia severa poate impiedica expunerea (foa si colaboratorii, 1995). Terapia cognitiv-comportamentala poate facilita de asemenea procesarea evenimentelor traumatice si rezolvarea credintelor inutile la pacientii care sunt incapabili sau nedoritori sa termine expunerea. Restructurarea cognitiva invata pacientii sa inlocuiasca sistematic gandurile inutile cu ganduri mult mai utile si realiste. Ea ajuta pacientii cu tulburare de stress post-traumatic sa recunoasca si sa modifice credintele lor negative si preceptiile despre sine, despre ceilalti si despre mediu care emana din trauma. Supravietuitorii traumei, in mod special victimele violentei interpersonale, au tendinta de a se auto-blama, astfel provocand vina, rusine si jena. De exemplu, o victima a violului poate crede ca „A fost vina mea” sau „Eu am cerut-o”. Ei de asemenea supeaestimeaza riscurile si pericolele. Roger crede „Lumea nu este un

loc sigur”, „Nu te poti plimba pe strada fara sa fii ranit”. Supraestimarea pericolului provoaca reactii fobice si comportament de evitare.

Asa cum am discutat in capitolul 4, terapia cognitiv-comportamentala utilizeaza cateva modele bine cunoscute si testate, cum ar fi dialogurile logice socrattice si metoda aristotelica a colectarii si categorizarii informatiei despre lume (leahy, 2003). Terapeutii cognitiv-comportamentalisti isi angajeaza pacientii in gandirea stiintifica si rationala prin ghidarea lor de a examina presupozitiile, validitatea si semnificatia credintelor lor care ii conduc la anxietate, depresie si comportament de evitare. Deoarece tehnicile terapiei cognitiv-comportamentale sunt complet descrise in catava carti excelente (de ex. Beck, 1995) si o dscriere detaliata a progresiei secventiale a terapiei cognitiv-comportamentale in cadrul hipnoterapiei cognitive este furnizata in alta parte (Alladin 2007b) si in capitolul 4 nu este descrisa in detaliu aici. Figura 5.1. furnizeaza un exemplu al modului cum sa utilizam restructurarea cognitiva (ABCDE) (Apendicele B) pentru a restructura credintele disfunctionale („NU ma pot descurca cu asta”, „Nu voi fi capabil sa fac fata.”, „Lumea este nesigura” si „ Voi fi impuscat”) obtinute de Roger.

Urmatorul transcript ilustreaza modul cum Roger a fost ghidat de terapeut pentru a reevalua si schimba credintele sdale maladaptative despre lume („Lumea este nesigura”) care au fost produse de experienta traumatica.

Terapeut: Roger ce vrei sa spui prin „Lumea este nesigura”?

Roger: Nu poti iesi afara, poti fi ucis.

Terapeut: Ce vrei sa spui prin „afara”.

Roger: Ei bine, nu poti iesi afar pe strada fara sa fii ucis.

Terapeut: Deci lasa-ma sa vad daca am inteles ceea ce imi spui. Tu crezi ca daca iesi afara in strada poti fi ucis.

Roger: precis.

Terapeut: Cat de mult crezi ca vei fi impuscat cand iesi afara pe strada?

Roger: Total, suta la suta.

Terapeut: Ce erori de gandire sunt aici?

Roger: Gandirea de totul sau nimic, amplificarea si suprageneralizez.

(Acest transcript este din a treia sedinta a lui Roger de terapie cognitiv-comportamentala. Din aceste trei sedinte de terapie cognitiv-comportamentala si temele pentru acasa, Roger a fost bine instruit in tipurile de distorsiuni cognitive pe care oamenii anxioxi le rumineaza, asa cum au fost descrise de Burns, 1999. Vezi Alladin, 2007b pentru progresia ulterioara a terapiei cognitiv-comportamentale in contextul hipnoterapiei cognitive).

Terapeut: Deci esti constient ca gandirea ta este inadecvata.

Roger: Da, dar nu imi este de ajutor. Stiu ca traiesc intr-o vecinatate aproape sigura, dar mintea mea continua sa se intoarca la Europa de Est. Sunt confuz. Mintea mea continua sa se intoarca acolo, chiar daca ca si cum as fi inca acolo. Este atat de nebunesc.

Terapeut: Vezi legatura intre gandirea ta si reactiile tale negative?

Roger: Da, este atat de uimitor. Oricand ma gandesc sa ies, cred ca situatiile periculoase cu care m-am confruntat in Europa de Est, oameni care sunt impuscati, arestati vor izbucni. Dar este atat de uimitor, nu voi fi impuscat sau atacat cand voi merge la magazin.

Terapeut: Deci crezi ca esti confuz. Cand te gandesti sa iesi la magazin, tu crezi ca esti in Europa de Est.

Roger: Da, dar sunt neajutorat.

Terapeut: Gandindu-te ca esti in Europa de Est si expus la pericole nu este o parte deliberata a ta. Nu gandesti asa intentionat. Ca un rezultat al experientelor tale traumatice, minte ta a dezvoltat multe asociatii cu situatii pline de teama si periculoase in care ai fost. De asemenea ai fost invata sa te gandesti automat la pericol, chiar in situatiile in care nu exista nici un pericol. Acest lucru capata sens pentru tine?

Roger: Da, dar cum sa ies din asta?

Terapeut: Asa cum am mai discutat inainte, noi utilizam disputarea sau motivarea. Cand te gandesti sa mergi la magazin si iti trece prin minte gandul ca vei fi impuscat, care ar fi motivul pentru aceasta afirmatie?

Roger: Imi pot aminti ca nu sunt in Europa de Est, misiunea mea sa terminat. Sunt acasa acum, si acesta este un mediu sigur.

Terapeut: Asta este excelent. Tu trebuie sa separi „atunci” de „acum” ebuie sa-ti motivezi ca esti intr-un mediu sigur acum, chiar daca gandirea ta se intoarce la Europa de Est.

Roger: Cred ca intotdeauna am stiut ca gandirea mea este gresita, dar sentimentele sunt atat de reale incat incepi sa mergi mai departe cu acest sentiment, mai curand decat sa gandesti cu capul tau. Ciudat, aceasta este ce trebuie sa faca politistii.

Terapeut: Ce tip de eroare este in aceasta gandire, cand gandesti cu sentimentul?

Roger: Motivare emotionala. Ai dreptate, trebuie sa-mi utilizez capul mai mult decat sentimentul.

Terapeut: Asa este, trebuie sa continui sa evaluezi legatura dintre gandirea ta si sentimentul tau. Incearca sa identifici distorsiunea cognitiva si apoi sa o

motivezi.

Ca un rezultat al acestei sedinte, Roger a fost capabil sa modifice credintele sale maldapataative asa cum a fost aratat in figura 5.1. Unii terapeuti adesea se intreaba daca sa utilizeze hipnoterapia sau terapia cognitv-comportamentala mai inatai atunci cand trateaza tulburarea de stress post-traumatic. Desi alegerea modului initial de terapie este determinata de nevoile clinice ale pacientului este recomandat ca terapia cognitiv-comportamentala sa fie introdusa mai iontai daca pacientul cu tulburare de stress post-traumatic este prea preocupar cu cognitiile disfunctionale si simptomele non-anxioase si sa se recurga la hipnoterapie daca pacientul este prea coplezit de anxietate, flashback-uri si hiperstarnire.

Data	A Activarea evenimentului	B Credinte irrationale	C Consecinte	D Disputare	E Efectele dipsutarii
	Descrie evenimentul actual, fluxul gandurilor, visele etc. Care conduc la sentimente neplacute	Scrie gandurile automate si imaginile care ii vin in minte. Evalueaza credintele sau imaginile 0-100%	1. Emotie: Specifica tristete, anxietate sau furie. Evalueaza sentimentele 1-100% 2. Fiziologic: palpi tatii, durere, ameteala, transpiratie etc. 3. Comportament al: Evitare, in pat. 4. Concluzie: Trage concluziile, auto-afirmare.	Provocarea gandurilor si imaginilor automate. Evalueaza credinta in raspunsul/imaginea rationale 0-100%	1. Emotie: Reevalueaza emotia ta 1-100% 2. Fiziologic: schimbari in reactiile corpului (de ex. Mai putine tremuraturi, mai putina tensiune etc.) 3. Comportament al: Actiunea luata dupa disputare 4. Concluzie Reevaluarea concluziei si deciziei initiale. Credinte viitoare in situatie similara.
09.11.05	Un exemplu lucrat: Planificarea de a merge la bacanie.	1. Nu ma pot descurca cu asta (100) 2. Nu voi fi capabil sa fac	1. anxios (100), speriat (1))0, deprimat (90), furios (90) 2. Agitat,	1. Cum stiu ca nu voi fi capabil sa ma descurc cu asta, nui sunt acolo inca? Este	1. Mai putin speriat (10), mai putin anxios (20), mai putin deprimat (20),

		fata (100) 3. Lumea este nesigura (100) 4. Voi fi impuscat (90)	tremur, inima imi bate tare, transpir. 3. Nu vreau sa merg la magazin. 4. Niciodata nu voi iesi din asta.	adevarat ca atunci cand am mers la magazin saptamana trecuta m-am simtit nervos si tremuram, dar m-am descurcat. Nu exista nici un motiv sa nu ma duc din nou. (70). 2. Din nou, nu sunt acolo inca, cum stiu ca nu voi face fata? Pot sa ma simt anxios sau neconfortabil, dar aceasta nu inseamna ca imi voi pierde controlul. Nu mi-am pierdut niciodata controlul (80) 3. Lumea este un loc mare, o parte din lume este periculoasa, dar exista de asemenea si locuri in care este relativ sigur (90). Vecinatatea mea este relativ sigura (100). 4. Aceasta nu este adevarat. Vecinatatea este sigura. Este posibil sa fiu impuscat, dar este putin probabil sa se	nu ma mai simt furios (0). 2. Ma simt relaxat. 3. Am decvis sa merg la magazin. 4. Este posibil sa fiu imp[uscat, dar este putin probabil ca cineva sa ma impuste in aceasta vecinatate.
--	--	--	--	---	--

				intampla in acest loc (100). Imi exagerez frica (1000).	
--	--	--	--	--	--

Tabelul 5.1. Restructurarea cognitiva (ABCDE) completata de Roger.

Sedintele 11-14: Procesarea emotionala

Expunerea imaginara este incorporata in hipnoterapia cognitiva pentru a ajuta pacientii cu tulburare de stress post-traumatic sa proceseze amintirile lor traumatice. Desi expunerea imaginara poate suna simplu succesul procedurii cu tulburarea de stress post-traumatic depinde de doi factori critici (Zayfert si Becker, 2007). In primul rand, clinicianul ar trebui sa aiba o solida intelegere a procesului expunerii imaginare si ar trebui sa fie capabil sa titreze procesul pentru a se potrivi nivelului emotional de confort al pacientului. In al doilea rand, clinicianul ar trebui sa aiba o incredere completa in procedura astfel incat pacientii sa poata fi incurajati sa ramana in cursul ei in ciuda luptei lor si lipsei de obisnuinta. Pe de alta parte, clinicianul ar trebui sa fie sensibil sa nu suprasolicite emotional pacientul sau sa duca pacientul la un comportament de evitare – o cale de mijloc este ceruta, care vine odata cu experienta.

Lynn si Cardena (2007) dau trei motive principale pentru eficienta terapiei expunerii cu pacientii post-traumatici:

1. Expunerea furnizeaza o ruta directa pentru accesarea si modificarea *structurilor fricii* si minimizeaza evitarea. Experientele traumatice pot conduce la dezvoltarea unor structuri ale fricii sau retele in memorie care sunt activate de anumiti stimuli sau de amintirea traumei, conducand la fuga sau evitare, care interfereaza cu procesarea sau integrarea continutului traumatic (Foa si Rothbaum, 1998; Foa, Steketee si Rothbaum, 1989). Expunerea repetata la ceea ce ii provoaca teama intr-un mediu sigur conduce la habituare si reorganizare adaptativa a structurii fricii.
2. Expunerea reduce anxietatea si restructureaza gandirea maladaptativa. Deoarece expunerea este condusa intr-un mediu sigur si suportiv cu slefuirea si palirea fricii, auto-sugestiile pozitive si expectantele pozitive (Bandura, 1977) descresc anxietatea si schimba credintele maladaptative

care mentin comportamentul de evitare.

3. Expunerea furnizeaza un mediu sigur pentru pacienti pentru a reevalua evenimentul traumatic si reactiile lor la el. Reevaluarea conduce la schimbari ale distorsiunilor cognitive. De exemplu, in timpul expunerii Roger a realizat ca nu era vina lui ca nu a putut opri atacul asupra satuluui prietenilor sai. De fapt, el a recunoscut ca interventia sa (confruntarea cu comandantul raidului) a condus la propria sa arestare. Roger avea credinta disfunctionala ca „Sunt un las. Nu am facut nimic ca sa opresc distrigerea.” Lynn si Cardena (2007) cred ca expunerea are potentialul de a schimba povestirea pacientului; asa cu Meichenbaum (Meichenbaum, 1994; Meichenbaum si Fong, 1993) a observat, intreaga povestire a pacientului in care evenimentul traumatic este rasadit se poate schimba cu repovestirea si reexperimentarea in directia unei mai bune acceptari si unei evaluari mai realiste a pericolului mediului si probabilitatii retraumatizarii” (Lynn si Cardena, 2007, p. 173)

Terapia reprocesarii hipnotice

Hipnoza este aplicata la terapia expunerii in contextul unei tehnici de rescriere a imageriei. Scopul terapiei de rescriere a imageriei este de a alina tulburarea de stress post-traumatic si simptomele clinice legate de aceasta prin eliminarea flashback-urilor traumatice intruzive, schimbând credintele si schemele traumatogene (de ex. Lipsa de putere, lipsa de speranta, vulnerabilitatea) si sa imbunatateasca abilitatea victimei de a se auto-calma si auto-ingriji (Grunert si colaboratorii, 2003). terapia de rescriere a imageriei este in tratament bazat pe imagerie, cognitiv care angajeaza expunerea nu pentru habituale, ci pentru activarea imaginilor, emotiilor si credintelor asociate cu amintirile traumatice. Grunert si colaboratorii (2003) considera expunerea din terapia rescrierii imageriei ca avand semnificatie pentru un sfarsit; aceasta inseamna ca pentru activarea amintirii traumei o semnificatie a imbunatatirii restructurarii cognitiv este data mai curand decat un sfarsit in sine. De aceea concentrarea terapiei rescrierii imageriei este atasata asupra activarii si modificarii imaginilor traumatice, cat si asupra atribuirilor, credintelor si schemelor maladaptative asociate (de ex. Vina, furie, rusine, auto-blamare, lipsa de putere). „Informatia corectiva” legata de trauma in terapia rescrierii imageriei este procesata, atat vizual cat si verbal in timpul starilor ridicate de starnire emotionala in contextul dialogului intrapersonal socratic intre „sinele traumatizat” al pacientului si „sinele supravietutor”.

Terapia rescrierii imageriei consta din patru componente succesive: expunerea imaginara; rescrierea imaginara; auto-calmarea si auto-ingrijirea; si procesarea emotiional-lingvistica. Fiecare din aceste componente a terapiei rescrierii imageriei poate fi usor integrata in anumite tehnici hipnotice bine cunoscute (de ex. Tehnica ecranului luminos, tehnica „Linistirii copilului”) utilizate in managementul tulburarii de stress post-traumatic.

Exista trei motive fundamentale pentru integrarea hipnozei in terapia rescrierii imageriei in managementul simptomelor post-traumatice. In primul rand, asa cum am discuta mai inainte, o multitudine de strategii hipnotice au fost importate de terapia cognitiv comportamentala, terapia expunerii si terapia psihodinamica a tulburarii de stress post-traumatic. Cu exceptia utilizarii hipnozei in terapia expunerii (Lynn si Cardena, 2007; Lynn si Kirsch, 2006), motivul pentru integrarea hipnozei in terapia cognitiv-comportamentala sau terapia psihodinamica nu este clar. In plus, nu este clar cum efectul hipnozei se schimba cand este combinata cu alte forme de psihoterapie a tulburarii de stress post-traumatic. Terapia rescrierii imageriei furnizeaza un context terapeutic empiric in care tehnicile hipnotice pot fi usor integrate cu antrenamentul relaxarii si expunerea imaginara. Este de asemenea cunoscut modul cum componentele terapiei rescrierii imageriei produc schimbari ale simptomelor post-traumatice. Asa cum am discutat mai devreme, hipnoza este o tehnica mult mai puternica pentru producerea cognitiei sincretice si faciliteaza regresia mai curand decat antrenamentul de relaxare. In plus, exista o relatie mutuala intre hipnoza si tulburarea de stress post-traumatic:

Exista unele dovezi ca pacientii cu tulburare de stress post-traumatic au un nivel mai ridicat decat media de hipnotizabilitate (Cardena 2000). Aceasta poate insemna ca nivelul inalt de hipnotizabilitate predispune o persoana sa dezvolte tulburare de stress post-traumatic, sau ca tulburarea de stress post-traumatic se intalneste printre oamenii mult mai hipnotizabili. Spiegel si Cardena (1990) au facut o paralela intre tulburarea de stress post-traumatic si hipnoza. Pentru ei, trei componente majore ale hipnozei sunt absorbtia, disocierea si sugestibilitatea. Ei compara aceste componente pentru retrairarea intruziva a evenimentelor traumatice, „amintirea psihica”, hipervigilenta si sensibilitate crescuta la evenimentele mediului, toate aceste simptome fiind observate in tulburarea de stress post-traumatic. (Heap si Aravind, 2002, pp. 423-4)

Din cele de mai sus poate sa para logic teoretic si conceptual sa se utilizeze hipnoza in managementul simptomelor post-traumatice, in mod particular cu flashback-urile, amortirea si hipertarnirea. Asa cum am observat mai inainte, Brom, Kleber si Defares (1989) au demonstrat ca hipnoza poate fi eficienta in reducerea simptomelor post-traumatice, in special a flashback-urilor, in contextul terapiei comportamentale, desensibilizarii sistematice si psihoterapiei psihodinamice.

În al doilea rând terapia rescrierii imaginărilor a fost găsită ca fiind eficientă într-o varietate de condiții post-traumatice. De aceea va fi ușor să comparăm eficacitatea relativă a terapiei rescrierii imaginărilor cu și fără hipnoză. Astfel, combinarea terapiei rescrierii imaginărilor cu hipnoză furnizează o oportunitate pentru a studia efectul suplimentar al hipnozei în tulburarea de stres post-traumatic.

În al treilea rând, hipnoza facilitează procesarea informației neconștiente și nelinguvistice. Din aceste motive, Smucker, Weis și Grunert (2002, p. 85) utilizează antrenamentul imaginărilor, mai curând decât protocolul expunerii tradiționale în tratamentul tulburării de stres post-traumatic:

Utilizarea imaginărilor ca o strategie terapeutică în tratarea victimelor traumei a fost susținută de clinicieni cu variate orientări teoretice. Van der Kolk și van der Hart (1991) au observat că amintirile traumatice și semnificațiile lor asociate sunt angajate de imagini și senzații vii și nu sunt accesibile prin remediarea singurii lingvistice, indiferent de vârsta victimei în momentul traumei. Această descoperire coroborează pretențiile multor victime ale traumei care raportează dificultate în accesarea lingvistică și procesarea experienței lor traumatice. Acest lucru are mai multe implicații pentru utilizarea imaginărilor ca un agent terapeutic primar în tratamentul tulburării de stres post-traumatic. Din moment ce mai multă tulburare afectiv-cognitivă este asociată cu amintirile traumatice (de ex. Reaparitia intruzivă, recurența flashback-urilor) este angajat în imaginile traumatice înseși care provoacă direct și modifică imaginea traumatică care devine o semnificație puternică, chiar dacă nu preferată a procesării materialului traumatic (Smucker, 1997).

Din moment ce hipnoza, imaginea și afectul sunt toate în mod predominant mediate de aceeași emisferă dreaptă (Ley și Freeman, 1984), imaginația este ușor intensificată de hipnoză (Boutin, 1978). Hipnoza furnizează astfel o modalitate puternică pentru antrenamentul imaginărilor, răspunsurilor emotionale condiționate și restructurării experienței. Imaginea hipnotică a fost utilizată pentru desensibilizarea sistematică; restructurarea proceselor cognitive la variate nivele de conștientizare; explorarea trecutului (regresia) și direcționarea experienței, hipnoza de asemenea furnizează un vehicul pentru explorarea și extinderea experienței în prezent, trecut și viitor. Astfel de strategii pot îmbunătăți gândirea divergentă și facilita deconstrucția „realităților” disfuncționale (Alladin, 2008). Hipnoza permite intrarea directă în accesarea și organizarea informației emotionale și experiențiale, servite pe larg de emisfera cerebrală dreaptă (la dreptaci). Prin angajarea emisferei drepte, experiența hipnotică este intensificată, furnizând validarea puternică a realității (Alladin, 2008).

Ca oameni, noi nu validăm realitatea prin modul în care gândim, ci prin modul în care simțim. Când un pacient anxios se simte panicat, deși acest lucru se

poate datora credintelor irrationale (de ex. „imi voi pierde controlul”), deoarece sentimentul este real pentru experienta persoanei realitatea anxioasa („Nu pot face fata”) este validata sau consolidata ca parte a realitatii conceptuale. Inducerea unei experiente pozitive intense prin hipnoza furnizeaza validarea unei alternative sau realitati pozitive. Cea mai buna cale de a schimba o experienta este de a produce alta experienta. Hipnoza furnizeaza inducerea rapida a unei alternative sau realitati concurente. Hipnoza, de asemenea permite accesul la procesarea psihologica mai jos de pragul constientizarii, astfel furnizand o semnificatie a explorarii si restructurarii cognitiilor inconstiente si experientei legate de simptome. In plus, hipnoza furnizeaza un vehicol al functionarii corticale si subcorticale care poate fi accesat si integrat. Din moment ce cortexul este sediul emotiilor accesul la el furnizeaza intrarea in organizarea, procesarea si modificarea emotiilor primitive.

Expunerea imaginara

Faza implica rechemarea si reexperimentarea intregului eveniment traumatic, asa cum a fost experimentat de pacient in forma recurentei flashback-urilor, cosmarurilor si a altor amintiri intruzive. Inainte de a incepe procedura, motivul pentru utilizarea expunerii hipnotice este discutat cu pacientul si acest motiv este adesea repetat in timpul procesului expunerii. Este important pentru terapeut sa comunice increderea sa in procedura si sa informeze pacientul ca expunerea poate provoca anxietate in timpul etapelor timpurii ale tratamentului. Este accentuat ca sentimentul pacientului de control in timpul expunerii este un element esential in succesul procedurii. Pacientul este asigurat ca, inarmat cu indemanari ale reglarii afectului si controlul mintii asupra corpului obtinut de la sedinta initiala de hipnoterapie el va fi capabil sa se descurce cu expunerea imaginara. Pacientul este si mai mult asigurat ca terapeutul va fi prezent pe parcursul sedintei pentru a furniza suport si a se adresa oricaror preocupari din partea pacientului.

Eu utilizez urmatorul scenariu, bazat pe cel al lui Meadows si Foa, pentru a descrie motivul utilizarii expunerii imaginare in conditii post-traumatice. Pentru a furniza claritate, scenariul a fost croit pentru Roger si este descris aici:

Acum ca ai invatat sa reglezi afectul tau si motivul pentru credintele maladaptative, suntem pregatiti sa facem expunerea imaginara. Aceasta tehnica te incurajeaza sa retraiesti experienta traumatica in memorie. Stiu ca tu te gandesti la Experienta ta din Europa de Est destul de mult. In sedinta noastra de astazi, ne vom

confrunta cu amintirile intr-un mod diferit. In mod obisnuit cand te gandesti la experienta ta te simti suparat si de aceea incerci sa o indepartezi. Este de inteles ca tu vrei sa eviti sa te gandesti la ea, din moment ce este o experienta atat de stresanta pentru tine. Din pacate, asa cum ai observat deja, a incerc sa nu te gandesti la ea nu functioneaza prea bine, continua sa se intoarca. Unele din simptomele tale, cum ar fi cosmarurile, gandurile intruzive si flashback-urile sunt semne ca tu nu te-ai confruntat cu amintirile experientei inc. Acesta este motivul pentru care ele te supara si continua sa se intoarca.

In expunerea imaginara, eu te voi incuraja sa te confrunti in mod deliberat cu gandurile si imaginile tale legate de experienta traumatica fara sa le indepartezi. Retrairea experientei traumatice in memoria ta te lasa sa procesezi experienta, asa ca o poti clasa in amintire la fel ca alta amintire rea. Expunerea va demonstra de asemenea ca tu poti lasa sa te gandesti la ea, fara sa pierzi controlul sau sa inebunesti. Acest lucru iti va da control asupra amintirilor , mai mult decat ca amintirile sa te controleze. Vei descoperi de asemenea ca anxietatea pe care o vei experimenta cand te gandesti la experienta din Europa de Est descreste, la fel cum se intampla cand urmaresti un film de groaza catva timp.

Dupa discutarea motivului, pacientul este incurajat sa inchida ochii si se induce relaxarea profunda prin auto-hipnoza. Pacientul este instruit sa utilizeze semnalul ideomotor (acelasi semnal pe care l-am utilizat in sedinta de hipnoza anterioara) pentru a indica momentul in care pacientul este profund relaxat. Terapeutul apoi adanceste transa hipnotica prin utilizarea metodei numararii si sugereaza: „oricat de profund este nivelul tau de transa, vei auzi tot ce eu spun, vei fi constient de tot ce te inconjoara, si vei fi capabil sa vorbești cand iti cer sa faci asta.” Apoi, terapeutul ii cere pacientului sa re-monteze trauma prin vizualizarea si verbalizarea cu voce tare a intregii amintiri traumatice in momentul prezent, ca si cum ar aparea in acest moment. Daca apar amintiri traumatice multiple, pacientul este sfatuit sa se concentreze pe cea mai stresanta. Pacientul este instruit sa monitorizeze si sa raporteze nivelul sau de SUD (unitati subiective de distress evaluate pe scala de la 0 la 100; 0= nici o anxietate sau distress, 100 cel mai rau nivel de anxietate sau distress), la fel ca si amortirea sau senzatia de disociere, la fiecare 10 minute. Aceasta informatie permite terapeutului sa fie constient de starea emotionala curenta a pacientului.

Eu ofer urmatoarele sugestii la inceputul expunerii imaginare, bazate pe un scenariu dupa Smucker, Weis si Grunert (2002, pp 87-8):

Devii acum atat de profund relaxat si esti intr-o transa hipnotica atat de profunda incat mintea ta devine atat de puternica si atat de sensibila la ceea ce eu spun, incat vei fi capabili sa-ti imaginezi, sa simti si sa experimentezi tot ceea ce eu iti cer sa-ti imaginezi, sa simti si sa experimentezi. Te voi ruga sa-tio amintesti amintiri dureroase sau stressante cat de viu este posibil. Este important pentru tine sa descrii evenimentul traumatic in momentul prezent ca si cum s-ar intampla acum, exact aici. Daca incepi sa te simti neconfortabil si doresti sa indepartezi imaginea, te voi ajuta sa ramai cu ea. La fiecare 10 minute te voi intreba asupra nivelului tau SUD. Te rog raspunde rapid deoarece este important pentru tine sa nu parasesti imaginea. Ai vreo intrebare inainte de a incepe?

Acum, vreau sa mergi inapoi in timp si loc si sa-ti amintesti evenimentul care a fost cel mai stresant pentru tine (*Din moment ce Roger a fost expus la cateva evenimente traumatice era important sase concentreze asupra unui singur eveniment pe rand*). Vizualizeaza inceputul scenei traumatice si descrie ceea ce experimentezi, spune-mi ce simti in legatura cu faptul ca ai astfel de ganduri care iti trec prin minte.

In timpul conducerii expunerii hipnotice, este important sa ajutam pacientul sa aiba amintiri cat mai vii si sa experimenteze evenimentul traumatic, dar nu sa regreseze complet (se evita rechemarea amintirilor cat mai vii) inapoi la eveniment. Pacientul ar trebui sa fie ancorat in prezent in timpul procesarii amintirilor emotionale. Terapeutul ar trebui sa continue sa titreze nivelul de transa pentru a preveni disocierea completa de la prezent (aici si acum). O cale de a face acest lucru este de a continua sa sugeram pacientului "Desi esti absorbit si implicat in imaginatia ta, o parte a ta stie ca esti in biroul meu si ca tu te gandesti pur si simplu la eveniment". La sfarsitul expunerii, pacientul este deconectat si la orice intrebare pe care pacientul i se raspunde intr-o maniera succinta si asiguratorie.

Sarcina principala a terapeutului in timpul procedurii expunerii este de a titra nivelul hipnotic si de a furniza un mediu sigur si suportiv pentru a permite pacientului sa vizualizeze evenimentul traumatic in timpul reexperimentarii sentimentelor stressante asociate cu el. Terapeutul ajuta pacientul „sa ramana cu „ imageria dureroasa, in timp ce pacientul decide asupra detaliilor pe care el vrea sa le descrie. Smucker, Weis si Grunert (2002) accentueaza ca rolul terapeutului ar trebui sa fie facilitativ mai curand decat directiv in timpul procedurii imaginare. Cu exceptia faptului de a reflecta verbal, sau de a reafirma ceea ce spune pacientul, terapeutul ar trebui sa nu intervina sau sa ceara mai multe detalii despre scena traumatica. La sfarsitul re-montarii amintirii traumatice, dupa deconectare,

pacientul este incurajat sa induca auto-hipnoza. Apoi, terapeutul adanceste transa si ofera sugestii post-hipnotice, cum ar fi „Ca un rezultat al acestei terapii a expunerii, cu fiecare zi teama ta va deveni din ce in ce mai putina:.. Aici este un scenariu de expunere hipnotica dupa Lynn si Kirsch (2006, pp 166-7) care poate fi usor adaptat pentru nevoile pacientului vostru individual:

Acum ca ai o mai buna intelegere a ceea ce ai castigat prin invatarea de a lupta cu flashback-urile, si cand ai invatat sa accepti trecutul tau, este momentul sa practici expunerea pentru a invata cum coexista si in ultimul rand ca sa conduci amintirile si imaginile tulburatoare care isi au radacinile in trecutul tau. Mergi mai profund acum in hipnoza, stiind la nivelele cele mai profunde ale fiintei tale ca te vei simti in siguranta in aceasta camera, chiar daca mintea ta te pacaleste si te duce in trecut ca si cum ar fi prezentul. La acest nivel profund, vei sti ca a fost atunci si ca aceasta este acum Si este in siguranta „in momentul prezent”. De fiecare data cand practici expunerea, va fi mai usor pentru tine sa experimentezi ceea ce iti provoaca teama. La fel ca atunci cand urmaresti o caseta cu un film de groaza pentru prima data, la partea cea mai infricosatoare te poti simti ca ti se face pielea de gaina. Dar daca tot urmaresti caseta, frica ta se va diminua cu fiecare vizionare. Cand este momentul, vei da drumul la caseta imaginara, imaginandu-ti ca te uiti la scena pe video la televizorul tau mental. Iti poti imagina cadranul care poate fi utilizat pentru a controla gradul de emotie pe care o simti in timpul scenei, si poti da zoom pentru a observ detaliile asupra carora doresti sa te concentrezi. Daca emotie este prea mare pentru tine, pur si simplu inchide ecranul, respira profund, si asigura-te sa-ti reamintesti ca te simti in siguranta in prezent. Dar mentine intensitatea emotionala atat de ridicata pana cand o poti tolera. Curand te voi ruga sa lasi caseta mentala sa se deruleze si sa arate scena de la inceput pana la sfarsit. Mi-ar placea sa auzi tot despre experienta ta, la persoana intai si in momentul prezent, toate detaliile pe care vrei sa le impartasesti in acest moment..... ce moment inspaimantator este..... ce simti si gandesti. Daca mergi un pic mai repede, iti voi spune sa lasi caseta sa se deruleze incet. Poti controla viteza cu telecomanda..... rapid.... incet..... dar las-o sa mearga pe cat se poate de incet, astfel incat sa experimentezi totul pe deplin pe cat vei fi capabil in acest moment. Creaza-l, simte-l, traieste-l, dar mergi profund in interior, tot timpul stii ca tu faci caseta ca sa se deruleze..... tu esti cel care face asta, si tu esti cel care o controleaza. Si tu vei sti ca evenimentul nu va aparea de fapt in prezent, ci in mintea ta si nicaieri altundeva. Si la sfarsitul casetei, te vei adanci din ce in ce mai mult in hipnoza, lasandu-te sa te relaxezi complet, te relaxezi complet, cal si usor, luand de la scena ceea ce poti si vei invata ceea ce poti..... dezvoltandu-te ca persoana intr-un mod subtil sau probabil nu atat de subtil. Inveti si te dezvolti. Inveti sa te simti confortabil cu experienta ta de viata, cu ceea ce este placut sii cu ceea ce nu este atat de placut. Acum, lasa scena sa se deruleze. Daca iti spun sa opresti scena, vei

fi capabil sa o opresti imedit. Rapid si usor. Emotiile negative asociate cu scena se vor rupe, se vor disipa, la fel ca norii in vant, deoarece le vei lasa sa treaca.

Lynn si Cardena (2000) recomanda repetarea acestui scenariu de la trei pana la noua sedinte, pana cand scena poate fi experimentata cu o evaluare a SUD pana la nu mai mult de 20 (pe o scala de la 0 la 100). In procesul terapiei expunerii, alte scene traumatice, cum ar fi abuzul sexual din copilarie poate fi abordat. Intr-un astfel de caz trauma este tintita in sedinte succesive.

Rescrierea imaginara

A doua faza a terapiei reprocesarii hipnotice implica crearea unei „imagini maiestrite” Acest lucru este facut imediat supa terminarea fazei imaginare. Faza imageriei maiestrite este o extensie a expunerii imageriei. Odata ce imageria traumatica la varful sau emotional, pacientul este rugat sa vizualizeze sinele sau „supravietuitor” intrand astazi in scena traumatica pentru a asista sinele „traumatizat”, „victimizat”, „ranit” (Smucker, Weis si Grunert, 2002). Scopul principal al fazei imageriei maiestrite este de a inlocui imageria victimizarii cu imageria maiestrita sau imageria coping. In unele cazuri, supravietuitorul poate simti astazi nevoia sa se „confrunte” cu atacatorul (daca atacatorul este implicat in scena traumatica) pentru a „salva” sinele „traumatizat” de scena traumatica. Este crucial ca pacientul sa selecteze propriile strategii de coping in timpul fazei maiestrite. Daca pacientul este incapabil sa se vizualizeze ca supravietuitor, pacientul este sfatuit sa se imagineze ca se dezangajeaza de a mai fi ajutat de ceilalti (de ex. Prieteni, sotie, ofiter de politie) pentru a salva „victima”. Din nou, terapeutul se retine de a dicta pacientului ceea ce sa faca; in schimb, abordarea centrata pe client este utilizata. Smucker (1997) a gasit imageria de coping generata de pacient ca promovand puterea mai mare a pacientului mai curand decat imageria maiestrita care vine din partea terapeutului.

Tehnica impartirii ecranului este adesea utilizata in hipnoterapie pentru a face evenimentul traumatic mult mai rezistent (Cardena si colaboratorii, 2000: Spiegel, 1981). Tehnica impartirii ecranului implica proiectarea (Lynn si Cardena, 2007, p 181):

imaginile amintirilor traumei din stanga ecranului si cele din dreapta ecranului fac ceva pentru a se proteja sau a proteja pe altcineva (ex. Sa riposteze, tipa, protesteaza,). Daca pacientii se blameaza pentru un atac sexual, de exemplu, sau simt ca nu au rezistat destul, le poate fi spus ca a anu rezista este o strategie de supravietuire automata si comuna in fata unui pericol mortal, si este complet de neinteles in astfel de cazuri. Asa cum afirma Cardena si colaboratorii (2000)” Imaginea din dreapta poate ajuta pacientii sa realizeze ca in timp ce ei erau de fapt victimizati, ei

au incercat de asemenea sa conduca situatia si sa dovedeasca curaj in timpul amenintarii coplesitoare” (p. 257).

Auto-calmarea/auto-ingrijirea

Dupa terminarea imageriei maiestrite, imageria auto-ingrijirii este introdusa. Inductia imageriei auto-ingrijirii faciliteaza ca supravietuitorul de astazi sa interactioneze direct cu sinele „traumatizat”. Smucker, Weis si Grunert (2002, p. 98) utilizeaza o serie de intrebari pentru a facilita imageria interactiva a „sinelui supravietuitor-traumatizat”:

- Ce ti-ar placea tie, supravietuitorului de astazi sa spoui sinelui tau „traumatizat”?
- Te poti vedea pe tine facand (sau spunand) asta?
- Cum raspunde sinele tau „traumatizat”?
- Cum raspunzi tu, supravietuitorul de astazi sinelui tau „traumatizat”?

Odata ce supravietuitorul de astazi a oferit suficienta ingrijire sinelui „traumatizat” imageria este terminata; „Acum poti lasa imageria sa se indeparteze si poti deschide ochii.”

Daca trauma a aparut in timpul copilariei, hipnoza poate fi utilizata pentru a aduna semnificatia din evenimentul traumatic al copilariei vazandu-l din perspectiva adultului. Pentru acest scop, tehnica „*Linistirii Copilului*” poate fi utilizata, asa cum este in scenariul lui Lynn si Cardena (2007, pp 181-2).

Acum, te poti vedea urmarind un film..... un film despre ceva din trecutul tau..... ceva despre care am mai vorbit inainte, dar vrei sa stii mai mult despre asta.... sa inveti mai mult despre el.... sa rechemi trecutul tau... sa inveti de la el.... poti urmari aceasta scena... o scena traumatica veche..... scena {inserati situatia}..... ceva ce iti amintesti, dar vrei sa inveti mai mult despre el..... il poti urmari de la inceput la sfarsit.... si inveti de la el..... inveti despre cum te-a afectat.... inveti despre ce decizii ai luat ca un rezultat al acestuia.... si inveti despre cum poti merge mai departe..... probabil sa iubesti si sa te insanatosesti.... probabil sa intelegi.... si sa ierti [ceva adecvat pacientului]..... sa inveti mai mult despre tine..... si despre ceea ce poti fi acum, in prezent.... Ceea ce este cu adevarat interesant la acest film este ca tu poti pluti direct in imagine.... sau sa mergi direct in ea..... poti linisti copilul..... poti alina copilul..... poti comunica cu copilul la multe nivele.... poti atinge copilul.... sau il poti imbratasa.....sa-l strangi in brate.... sau sa te uiti pur si simplu cu dragoste la copil.... cu ochii intelepciunii si cunoasterii.... si iertarii.... si protectiei si grijei.... orice vrei sa spui sau sa faci

depinde de tine.... dar ai un sentiment..... o senzatie ca tu stii cea ce este potrivit sa faci.... care este urmatorul cel mai bun lucru de facut. (Lynn si Kirsch, 2006, p.171)

Daca, copilul a luat cateva decizii in momentul evenimentului..... vorbeste cu copilul despre ele..... esti mult mai experimentat decat copilul.... ai mai multa intelegere..... ai mai multa empatie.... ai mai mult insight..... copilul este intept, de asemenea..... si poate intelege..... insa copilul are nevoie de ingrijirea ta si de ghidarea ta, de perspectiva ta de adult.... vorbeste cu el.... lasa-l sa stie ce simti..... ce gandesti.

Curand vei fi pregatit sa lasi sa treaca aceasta scena... pregatit sa imbratisezi copilul si sa simti ca il imbratisezi.... tocmai cum trebuie..... atat de strans.....trebuie sa ingrijesti copilul.....simte nevoia sa te lase sa stii cum se simte.....ce gandeste..... poti face astaacorda-ti ceva timp sa faci acest lucru acum.....[60secunde].Acum poti pasi afara din scena, ia din ea ceea ce vrei.....drama vietii va continua, cu tine continuand sa inveti intrebandu-te care sunt caile pe care le vei urmaatat de mult vei continua inca sa inveti....atat de mult timp....atat de mult timp (Lynn & Kirsch,2006).

Asumandu-si riscul amintirilor sugerate si confabularii, Lynn si Cardena (2007)au recomandat lucrul cu un eveniment tinta care este bine amintit si discutat anterior utilizarii tehnicii „ linistirii copilului” .

Procesarea emotional-lingvistica

A patra faza a terapiei reprocesarii hipnotice este facilitata dupa o scurta pauza , timp in care pacientului ii este permis sa reajusteze si sa adreseze orice intrebari care apar.

Din nou, procesul poate fi facilitat prin punerea unor astfel de intrebari ca (Smucker , Weis si Grunert , 2002 , p.89) :

- Cum este asta pentru tine ?
- Cum este sa te vezi pe tine astazi facand fata situatiei traumatice ?
- Cum este pentru tine, supravietuitorul de astazi ,sa interactionezi cu sinele tau „ traumatizat”?
- Ce ai invatat din sedinta de imagerie de astazi ?
- In timpul acestei faze a expunerii, terapeutul revizuieste abilitatea pacientului de a se autocalma , de a se autoingriji cand este anxios sau stresat. Terapeutul, de asemenea, colaboreaza cu pacientul pentru a explora variatele strategii de autocalmare pe care pacientul le poate utiliza sau experimenta intre sedinte.

Temele pentru acasa legate de expunerea imaginara constituie o componenta foarte importanta a terapiei expunerii. Fiecare sedinta de imagerie este inregistrata si pacientul este sfatuit sa asculte caseta acasa , intre sedinte, si sa incerce sa achizitioneze noi indemanari de autocalmare si autoingrijire in situatii suparatoare noi. Tema pentru acasa dintre sedinte implica cinci componente :

- Ascultarea zilnica a casetei de auto-hipnoza
- Continuarea de a completa formularul restructurarii cognitive (ABCD)
- Ascultarea zilnica a audiocasetei/CD a celor mai recente sedinte de imagerie.
- Inregistrarea nivelului SUD la fiecare 10 minute in timpul ascultarii audiocasetei cu antrenamentul de imagerie .
- Eforturi de documentare pentru a se autocalma si autoingriji oricand se simte suparat .
- Inregistrarea numarului de flashback-uri , cosmaruri si amintiri intruzive experimentate intre sedinte.

Smucker , Weis si Grunert (2002, p.90) considera antrenamentul de imagerie ca fiind terminat cand pacientii sunt capabili sa :

- Sa inlocuiasca imageria traumatica/ de victimizare cu imageria autogeneratoare de stapanire / imageria de coping cand ei se pot vizualiza, facand fata cu succes situatiei traumatice sau atacatorului .
- Sa salveze sinele lor „traumatizat” sau „victimizat” de situatia traumatica
- Sa creeze imageria de autocalmare si imageria de autoingrijire
- Sa utilizeze indemanarile imageriei de stapanire cu alte situatii potential dificile sau suparatoare in afara sedintei

Daca aceste scopuri nu sunt realizate inseamna ca pacientul poate inca experimenta amintiri recurente, flashback-uri sau cosmaruri, astfel fiind necesare mai multe sedinte de rescriere a imageriei.

Sedintele 15-16 : Cresterea identitatii si functionarii relationale

Inainte si dupa stresul post-traumatic , distorsiunile cognitive si dereglarea afectului , trauma , pot produce probleme cronice de identitate si probleme interpersonale (Briere & Scott , 2006).Dificultatile de identitate si relationare la pacientii cu tulburare de stress posttraumatic cronica sunt adesea vazute de clinicieni ca tulburare de personalitate borderline .In timp ce exista o legatura semnificativa intre trauma si unele tulburari psihologice care apar , nu toate problemele sunt legate de personalitatea disfunctionala .Multe dintre problemele de

identitate si interpersonale pot reprezenta reactii , acomodari sau strategii de coping pentru a face fata relor tratamente din copilarie . Hipnoterapia cognitiva pentru tulburarea de stress posttraumatic dedica , de aceea, cateva sedinte pentru a se adresa problemelor de identitate si relationare , in special daca aceste dificultati sunt identificate in formularea cazului (vezi formularea cazului hipnoterapiei cognitive si planul de tratament , appendicele C si D).

Problemele de identitate

Briere & Scott (2006) au identificat cateva probleme asociate cu o inabilitate de a accesa si de a castiga de la un sentiment intern de sine printre supravietuitorii traumei severe din copilaria timpurie :

- Inabilitatea de a determina propria nevoie a cuiva sau drepturile cuiva.
- Inabilitatea de a mentine un sentiment consistent de sine sau identitatea in contextul emotiilor puternice sau prezentei celorlalte persoane dominante.
- Lipsa unei referiri interne in momentul stress-ului .
- Inabilitatea de a prezice reactiile sau comportamentele proprii ale cuiva in variate situatii .
- Nu au acces direct la un sentiment pozitiv sau de ingrijire a sinelui

Interventia implica furnizarea siguratei , sustinerea validitatii sinelui si incurajarea explorarii sinelui .

Furnizarea siguratei

Pentru a fi capabil sa exploreze gandurile, sentimentele si experientele interne , pacientul traumatizat are nevoie de un mediu in care el sa se simta in siguranta din punct de vedere fizic si psihologic.Un astfel de mediu sigur este creat prin prezenta unei atitudini concentrate pe client a terapeutului . Hipnoza poate imbunatati mai mult sentimentul pacientului de siguranta . Cand este in transa pacientul poate fi ajutat sa creeze un sentiment de siguranta prin oferirea urmatoarelor sugestii :

Devii acum atat de relaxat, esti intr-o transa hipnotica atat de profunda , incat mintea si corpul tau se simt calme, linistite si foarte relaxate. Pur si simplu continua sa simti aceasta senzatie frumoasa de pace si liniste....relaxare si calm curgand prin mintea si corpul tau....dandu-ti un sentiment atat de placut , o senzatie atat de frumoasa , incat simti ca te adancesti intr-o transa hipnotica din ce in ce mai profunda....ca si cum , pentru moment, toate ingrijorarile si grijele au disparut . Din

moment ce te relaxezi , din moment ce esti in afara de timp, pune totul deoparte pentru moment ... ceea ce inseamna ca desi esti constient de tot ,nu esti preocupat de nimic .Desi esti constient de tot , poti lasa ca totul sa treaca , poti lasa mintea si corpul tau sa se relaxeze complet. Asa ca pur si simplu continua sa te simti liber de toate grijile si ingrijorarile pe care le-ai avut inaintepur si simplu continua sa te simti liber de toata anxietatea si tensiunea pe care le-ai simtit inainte....pur si simplu continua sa te simti liber de toata supararea si sentimentele depresive pe care le-ai simtit inainte....pur si simplu continua sa te simti liber de tot stress-ul pe care l-ai experimentat inaintepur si simplu continua sa te simti liber de frustrarea, iritarea si furia pe care le-ai simtit inainte.Pur si simplu continua sa te bucuri de aceasta senzatie frumoasa de pace si liniste, relaxare si calm, curgand prin mintea si corpul tau...incat te simti atat de calm, atat de linistit, ai o senzatie de bine, te simti sigur, te simti in siguranta. Pur si simplu continua se te bucuri de aceste sentimente....sentimente de siguranta si securitate.

Odata ce aceasta „ stare placuta a mintii”este creata , pacientul este incurajat sa vorbeasca despre orice preocupari pe care el le are. Anterior terminarii sedintei , pacientului ii sunt furnizate sugestii post-hipnotice pentru a solidifica starea placuta a mintii si a incuraja discutarea despre riscurile calculate ; aceasta inseamna ca pacientul este incurajat sa se confrunte cu anumite situatii pe care el le-a evitat. Daca pacientul a dezvoltat fobii din experienta traumatica , expunerea in vivo poate fi necesara .

Sustinerea validitatii sinelui

Separat de abordarea terapeutica concentrata pe client,este important pentru terapeut sa comunice pacientilor traumatizati ca nevoile si perceptiile lor sunt intrinsec valide . Acest lucru poate parea sa vina in contradictie cu tendinta terapiei cognitiv-comportamentale a provocarii perceptiilor de sine negative ale pacientului si a celorlalte distorsiuni cognitive . Briere si Scott (2006, p.151-2) furnizeaza directiile asupra modului cum sa provocam perceptia si credintele pacientului fara a le invalida :

aceasta abordare sustinuta.... este nu de a ne certa cu clientul in legatura cu „erorile sale de gandire”, ci mai curand de a lucra cu clientul intr-un asemenea mod incat el sa fie capabil sa perceapa presupunerile sale incorecte si sa le reconsidere in lumina experientei sale relationale curente (bazata pe terapie). Desi, terapeutul in mod tipic nu va valida respingerea sinelui de catre client (de exemplu, credinta ca cineva nu are dorinta sa-l respinga si ca ceilalti sa aiba gija de tratamentul sau), el va furniza o experienta terapeutica care vine in contradictie cu astfel de ganduri.

De exemplu:

Deși clientul se poate vedea că nu având dreptul să-și detrmine sinele, aceste percepții de sine vor fi contrare experienței acceptării și considerației pozitive experimentate în sesiunea terapeutică.

În timpul abuzului cronic, în special în timpul copilăriei din cauza că atenția este în mod obișnuit concentrată pe nevoile abuzatorului (de ex. El va fi furios sau violent), victima învață punctul de vedere al abuzatorului asupra realității. Într-un astfel de context, nevoile supraviețuitorului ale realității devin irelevante sau periculoase când este asertiv. Din nou, Briere și Scott (2006, p. 152) furnizează strategii terapeutice ale modului cum să ajutăm pacientul să dezvolte o viziune coerentă și pozitivă a sinelui:

Într-un mediu concentrat pe client, totuși, realitatea devine mult mai mult ceea ce are nevoie clientul decât ceea ce așteaptă sau cere terapeutul. Într-un astfel de mediu, clientul este mult mai capabil să identifice stările interne, percepțiile și nevoile și să descopere modul cum „să facă față” acestor spectre ale sinelui, chiar și în prezența celorlalte persoane semnificative (care este terapeutul). Prin accentuarea către client că experiența sa este ultima asupra căreia să ne concentrăm, și prin ajutarea clientului să identifice și să eticheteze sentimentele și nevoile sale interne, terapeutul ajută clientul să construiască un model coerent și pozitiv al sinelui – mai mult ca în felul în care ar trebui să o facă părinții, așa cum ar trebui să se simtă clientul în copilărie în siguranță, susținut și sprijinit.

Incurajarea explorării sinelui

Cea mai mare parte din munca explorării sinelui este în mod obișnuit făcută în timpul terapiei reprocesării hipnotice. În contextul rezolvării problemelor de identitate, terapeutul permite pacientului să câștige un sentiment de referire a sinelui sau de topografie internă prin cererea repetată către pacient de a da drumul sale interne în cursul sesiunii. Terapeutul întreabă blând despre experiențele, sentimentele și reacțiile pacientului în timpul și după procesul tratamentului. Este de asemenea important pentru pacient să descopere ceea ce el crede și simte despre traumă și situațiile curente și despre ceea ce el crede sau simte despre sine ca fiind distinct de ceea ce ceilalți cred sau simt.

Dificultățile relaționale

Unul din impacturile timpurii ale abuzului și neglijării este manifestat în reprezentările interne ale copilului despre sine și ceilalți. Un copil care a fost maltratat poate concluziona că el este intrinsec inacceptabil, rău și merita o pedeapsă sau lipsa de respect, văzându-i pe ceilalți ca inerent periculoși,

respingatori sau nedisponibili si tragand concluzia ca el este neajutorat, inadecvat sau slab (Alle , 2001).Aceste inferente timpurii despre sine si ceilalti produc un set generalizat de expectatii si presupuneri vazute ca un *model de functionare interna*(Bowlby,1982) sau *scheme relationale* (Baldwin si colaboratorii, 1993) . Aceste scheme profunde adesea sunt vazute ca *stiluri de atasament* (Bowlby, 1988) care afecteaza capacitatea ulterioara a individului de a forma si mentine legaturi si atasamente pline de semnificatie cu ceilalti oameni.

Dificultatile relationale intr-o anumita extindere sunt confruntate in timpul antrenamentului de reglare a afectului, interventiilor cognitive si terapiei de reprocesare hipnotica . Cand problemele relationale sunt in mod special abordate in sedintele ulterioare , abordarea terapeutica este mai mult centrata pe client. Abordarea unui mediu sigur, linistitor si suportiv faciliteaza dezvaluirea si recadrarea cognitiilor relationale disfunctionale. Totusi, ar trebui sa fie observat ca unele scheme relationale profunde bazate pe trauma timpurie ,, adesea nu raspund la informatia verbala sau punctele de vedere ale celorlalti exprimate mai tarziu in viata , din moment ce ele sunt angajate in primii cinci ani din viata si astfel sunt preverbale in natura ,,(Briere si Scott , 2006, p.154). De exemplu, pacientii care cred, bazat pe invatarea timpurie , ca ei sunt neplacuti sau neatractivi pentru ceilalti sau ca ceilalti nu sunt de incredere , nu isi vor schimba usor astfel de puncte de vedere , pe baza declaratiilor celorlalti oameni ca ei sunt valorosi pentru ceilalti sau ca sunt de incredere (Briere si Scott, 2006) . Regresia si recadrarea asistata de hipnoterapie este recomandata aici.

Interventia farmacologica

Nu exista sedinta specifica dedicata farmacoterapiei. Problemele legate de medicatie sunt in mod continuu revizuite in timpul sedintelor . Asa cum am mentionat mai inainte tulburarea de stress post-traumatic este asociata cu aparitia schimbarilor neurochimice si psihofiziologice care conduc la tulburare si distress substantial. Cand simptomele sunt severe, First si Tasman (2004,p.934) recomanda utilizarea medicatiei mai curand decat sa ne concentram pe ,, psihoterapia concentrata pe trauma” . Desi prima linie de medicatie o constituie inhibitorii selectivi ai serotoninei, First si Tasman (2004) sugereaza o abordare succesiva pentru utilizarea medicatiei in tulburarea de stress post-traumatic, asa cum am subliniat in tabelul 5.1, mai devreme, in acest capitol. Inhibitorii selectivi ai serotoninei , inclusiv fluoxetine-ul , sertraline-ul (Davidson si colaboratorii, 2001) si paroxetine-ul (Marshall si colaboratorii , 1998) au proprietati pentru larga categorie de simptome ale tulburarii de stress post-traumatic si ele pot fi aplicate tuturor supravietuitorilor claselor majore de trauma, cum ar fi luptatorii combat , violenta sexuala , violenta non-sexuala si accidentul. In plus, ei sunt utili

pacientilor cu sau fara depresie comorbida (Davidson si colaboratorii, 2001). Totusi, aceste medicamente nu se adreseaza comportamentului de evitare si problemelor interpersonale. De aceea, medicatia ar trebui sa fie combinata cu terapia cognitiv comportamentala sau terapia expunerii , asa cum a fost propus de consensul expertilor in managementul tulburarii de stress post-traumatic. Deoarece medicatia poate fi necesara , terapeutii trebuie sa lucreze apropiat cu medicul curant sau sa aranjeze ca medicul sa revizuiasca medicatia pacientului .

SUMAR

Capitolul a revizuit teoriile si tratamentele curente ale tulburarii de stress post-traumatic. Inca nu exista o teorie unificatoare a tulburarii de stress post-traumatic si nu exista nici un singur tratament eficient pentru toate tipurile de simptome post-traumatice. Consensul international al expertilor asupra tulburarilor de stress post-traumatic furnizeaza linii de ghidaj foarte utile pentru managementul tulburarii de stress post-traumatic, in special in contextul tulburarilor comorbide .

Hipnoterapia cognitiva furnizeaza o abordare multipla pentru tratarea tulburarii de stress post-traumatic . Componenta de hipnoterapie a hipnoterapiei cognitive este integrata cu terapia rescrierii imageriei pentru a stabili o baza valida si empirica pentru utilizarea hipnozei in tulburarea de stress post-traumatic . Desi exista unele dovezi ca hipnoza serveste ca un adjuvant util pentru terapia cognitiv-comportamentala si terapia expunerii a tulburarii de stress post-traumatic , mai multa cercetare este necesara pentru a intelege modul cum hipnoza provoaca schimbarea . Integrarea hipnozei in terapia expunerii si terapia rescrierii imageriei , din moment ce aceste doua tehnici pentru tulburarea de stress post-traumatic sunt empiric validate furnizeaza un design foarte util pentru studierea efectelor suplimentare ale hipnoterapiei in tulburarea de stress post -traumatic.

CAPITOLUL 6

HIPNOTERAPIA COGNITIVA A TULBURARILOR PSIHOCUTANATE

INTRODUCERE

Literatura asupra aspectelor psihologice ale tulburarilor de piele este imprastiata . Acest lucru este surprinzator, luand in considerare faptul ca un mare numar de pacienti cu variate tulburari de piele prezinta o larga categorie de consecinte psihologice si multe conditii ale pielii fac legatura dinte domeniul psihiatriei si dermatologiei . Este estimat ca cel putin unul din trei pacienti dermatologici au probleme psihologice sau psihosociale asociate cu tulburarea lor de baza (Koo si colaboratorii, 2003). Interfata intre psihiatrie si dermatologie este manifestata (Koo si Lee, 2003) :

- Cand psihopatologia care apare in absenta unei boli reale de piele joaca un rol etiologic in dezvoltarea unor conditii cum ar fi parazitozele deluzionale si escoriatiile nevrotice
- Cand factorii psihologici , cum ar fi stress-ul emotional ,exacerbeaza aparitia unor tulburari ale pielii (de exemole, acnee sau eczema)
- Cand pacientii cu boli de piele dezvolta probleme psihologice si psihosociale secundare (de exemplu, rezultand din desfigurarea cauzata de problemele pielii)

DSM – IV (Asociatia Americana de Psihiatrie , 2000) a recunoscut si clasificat subspecialitatea tulburarilor psihocutanate. Totusi, trasaturile clinice principale ale tulburarilor de piele sunt inca luate in considerare pentru alegerea de tratament medical sau fizic. Acest capitol va revizui tulburarile psihocutanate

clasificate in DSM -IV (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000) si subliniaza unele principii generale , implicand abordari multi-modale si multi-disciplinare pentru lucrul cu pacientii dermatologici. Apoi, restul capitoului va descrie in detaliu un model de tratament , hipnoterapia cognitiva pentru acneea vulgaris, constand din metode alternative si adjuvante de tratament . Hipnoterapia cognitiva descrisa poate fi usor croita pentru tratamentul celorlalte boli de piele .

DESCRIEREA SI CLASIFICAREA TULBURARILOR PSIHOCUTANATE

Arnold (2005) descrie tulburarile psihocutanate ca boli dermatologice care sunt afectate de factori psihologici si boli psihiatrice , in care pielea este tinta gandirii, comportamentului sau perceptiei tulburate . DSM-IV (Asociatia Americana de Psihiatrie , 2000) clasifica tulburarile psihocutanate in cinci categorii constand din :

- 1.Factori psihologici afectand conditia medicala.
- 2.Tulburari somatoforme
- 3.Tulburari deluzionale de tip somatic
- 4.Tulburari ale controlarii impulsului
- 5.Tulburari ale realitatii

Fiecare din aceste categorii de tulburare este pe scurt revizuita, subliniind rolul factorilor psihologici in geneza , exacerbarea si mentinerea tulburarii. Tratamentul pentru fiecare tulburare este de asemenea revizuit foarte pe scurt.

Factorii psihologici afectand conditia medicala

Factori psihologici afectand conditia medicala sau tulburarile psihofiziologice sunt subdivizate in dermatita atopica , psoriazisul , alopecia areata , urticaria, angioderma si acneea vulgaris.

Dermatita atopica

Dermatita atopica este o tulburare cronica de piele caracterizata prin inflamare (eczema) , piele uscata si mancarimi severe (prurit) , prin scarpinare excesiva , lichefierea, escoriatiile si infectia apar frecvent. Dermatita atopica este o tulburare comuna si incepe de obicei in copilaria timpurie, copilarie sau adolescenta si este frecvent asociata cu o istorie personala sau familiala de dermatita atopica , rinita alergica sau astm (Ginsburg si colaboratorii, 1993).

Aproximativ 1-3% dintre adulti si 5-20% dintre copii sunt afectati de boala (Gieler si colaboratorii, 2003) si este estimat ca prevalenta a crescut cu 10 % in ultima decada (Rothe si Grant – Kels , 1996).

Desi exista o predispozitie genetica pentru dermatita atopica , factorii de mediu , cum ar fi alergii la mancare , contactul cu factorii iritanti , stress-ul s.a.m.d. Fac sa apara sau sa se exacerbeze boala (Ehlers, Stangier si Gieler, 1995) .Pacientii cu dermatita atopica par sa aiba un raspuns mai scazut la stimulii care provoaca prurit mai curand decat ca subiectul sa se controleze si din acest motiv un cerc vicios al scarpinarii si agravarii leziunii se dezvolta si contribuie la cronicizarea bolii (Gupta si Gupta, 1996) .Factorii psihologici par sa fie un factor important in modularea bolii . De exemplu, evenimentele de viata stresante , este cunoscut ca preced instalarea sau exacerbarea bolii si stress-ul poate avea un efect asupra bolii prin interactiunea dintre sistemul nervos central si sistemul imun (Buske -Kirshbaum, Geiben si Hellhammer, 2001). Kodama si colaboratorii (1999) au investigat relatia dintre dermatita atopica si stress la o larga populatie de pacienti adulti (N=1457) care au suferit consecinte ale cutremurului de pamant de la Hanshin (1995).Ei au descoperit ca 38% dintre pacientii din regiunile afectate sever si 34% dintre cei din regiunile afectate moderat erau afectati de dermatita atopica comparativ cu 7% care constituiau grupul de control fara stress .O relatie similara intre nivelul de stress si severitatea dermatitei atopice a fost descoperita la copii (Absolon si colaboratorii, 1997; Daud si colaboratorii, 1993).

Exista , de asemenea, o relatie intre dermatita atopica si psihopatologie . Cateva studii controlate au aratat ca pacientii cu dermatita atopica erau mult mai anxiosi si deprimati comparativ cu cei din grupul de control (Hashiro si Okumura, 1997) . Exista o dovada ca anxietatea si depresia exacerbeaza dermatita atopica prin amplificarea perceptiei de a se scarpina (Gupta si colaboratorii,1994) si aparitia comportamentului de de scarpinare (Hashiro & Okumura, 1997). Stressul psihologic pare sa afecteze permeabilitatea epidermala a barierei homeostazice, rezultand inflamarea si pruritul (garg si colaboratorii, 2001).

Din cauza distress-ului crescut, anxietatea si depresia sunt asociate cu dermatita atopica, Arnold (2005) recomandand interventia psihiatrica ca o parte a managmentului pacientilor cu dermatita atopica. Scopul principal al tratamentului psihiatric in dermatita atopica este de a reduce scarpinarea, anxietatea, depresia si evitarea sociala. Interventiile psihiatrice includ terapii psihologice si medicatie psihotropa. Interventiile psihologice, cum ar fi antrenamentul de relaxare, antrenamentul de schimba obiceiul si terapia cognitiv-comportamentala cand sunt utilizate ca un adjuvant pentru ingrijirea medicala produc reducerea semnificativa a

anxietatii si depresiei (Ehlers, Stangier & Gieler, 1995). Antidepresivele si antagonicii histaminei, cu crema cu doxepin si trimipramine 50 mg/zi au fost descoperite ca reduc scarpinarea.

Hipnoterapia este una din formele care a fost utilizata din timpuri stravechi pentru a asista vindecarea tulburarii de piele. Stewart si Thomas (1995), intr-o cercetare clinica au tratat cu hipnoterapie 18 adulti cu dermatita atopica extensiva care au rezistat la tratamentul medical conventional. Rezultatele au aratat reducerea semnificativa a scarpinarii, tensiunii si tulburarilor de somn si 40%, 50% si 60% dintre ei au descrescut utilizarea corticosteroizilor la 4,8 si 16 saptamani. Sokel si colaboratorii (1993) intr-o cercetare controlata cu copii cu dermatita atopica au descoperit de asemenea rezultate favorabile prin hipnoterapie.

Psoriazisul

Psoriazisul este o boala de piele comuna cronica, caracterizata prin albirea circumscrisa si leziuni lucioase pe coate, genunchi si scalp. Aproximativ 2% din populatia generala adulta, in mod egal barbati si femei, este afectata de boala (Cristophers & Mrowietz, 1999). Patogeneza psoriazisului implica o stare proasta a pielii, inflamare, mecanisme de defensa ale sistemului imun. Atat factorii genetici, cat si de mediu cum ar fi vremea rece, trauma fizica, infectiile bacteriene si virale, retragerea corticosteroizilor, blocarea beta-adrenergicilor si litiumul par sa contribuie la manifestarea bolii (Arnold, 2005; Cristophers & Mrowietz, 1999). In plus, evenimentele stressante de viata si variatii factori psihosociali pot face sa apara sau sa se exacerbeze psoriazisul. Cateva studii au aratat aparitia unor noi leziuni (Farber & Nall, 1974) si exacerbarea psoriazisului in momentul ingrijorarii si evenimentelor stresante (Fava si colaboratorii, 1980). Studiul lui Farva si colaboratorii a descoperit o corelatie intre evenimentele stresante si aparitia sau exacerbarea leziunilor la 80% dintre pacientii psoriazici. Totusi, cei mai multi pacienti raporteaza stress legat de boala mai curand decat legat de evenimentele vietii sau nivele de distress general, care fac sa apara episoadele de psoriazis. Stress-ul legat de boala rezulta din desfigurarea cosmetica si stigmatul social al psoriazisului. In plus, stressul legat de psoriazis pare sa rezulte din dificultatile psihosociale inerente in relatiile interpersonale ale pacientilor cu psoriazis mai curand decat severitatea si cronicizarea psoriazisului (Fortune si colaboratorii, 1977).

Desi nu este clar cum influenteaza stress-ul procesele inflamatorii si proliferative ale psoriazisului, sistemele nervos , endocrin si imunitar pot fi implicate.

Farber (1995) a propus ca descinderea informatiei autonome din sistemul nervos central poate fi transmisa la nervii senzoriali din piele , rezultand eliberarea neuropeptidelor, cum ar fi substanta P care ar putea initia si mentine raspunsul inflamatoriu al leziunilor psoriazice .

Agentii psoriazici au nivele inalte de anxietate si depresie si comorbiditate semnificativa cu cateva tulburari de personalitate , cum ar fi cea schizoida , evitanta , pasiv-agresiva si tulburarea de personalitate compulsiva (vezi Arnold , 2005). Asocierea intre psoriazis si psihopatologie a condus la dezvoltarea unei abordari comprehensive de tratament , constand atat in interventii farmacologice, cat si psihosociale . Cercetarile controlate au aratat ca terapia cognitiv-comportamentala, hipnoza, antrenamentul imageriei, meditatie si antrenamentul de relaxare pot fi eficiente in reducerea activitatilor psoriazice (Fortune si colaboratorii, 2002 ; Gaston si colaboratorii, 1991; Shenefeld , 2000 ; Zachariae si colaboratorii, 1996). Shenefeld(2000) prin revizuirea de catre el a eficacitatii hipnoterapiei in dermatologie a concluzionat ca hipnoza , ca o terapie complementara , a avut un efect pozitiv asupra psoriazisului si este in mod particular utila pentru psoriazisul rezistent asociat cu factori emotionali .

Alopecia areata

Alopecia areata se intalneste la 2 % din pacientii noi dermatologici in Statele Unite (Price, 1991) . Alopecia areata este caracterizata prin pierderea parului in suvite de pe scalp . Desi scalpul este in mod obisnuit implicat , pierderea parului poate de asemenea aparea la sprancene, gene si in diferite parti ale corpului . Patogeneza alopeciei areata implica factori imunologici si genetici (Olsen, 1999) , dar poate fi exacerbata de stress , anxietate comorbida si depresie (vezi Gupta si Gupta , 2003). Gupta , Gupta si Watteel(1997) au gasit o puternica corelatie intre reactivitatea la stress inalta si depresie la pacientii cu alopecie areata ($p<001$). Totusi, cateva cercetari controlate ale farmacologiei si psihoterapiei au fost conduse in cazul alopeciei areata . Desi rezultatele initiale sunt incurajatoare, mai multe cercetari controlate sunt necesare (vezi Arnold, 2005) .

Hipnoza a fost utilizata pentru a invata pacientii cu alopecia areata sa controleze reactivitatea inalta la stress (Shenefeld, 2000) . Desi s-au raportat rezultate favorabile ale hipnoterapiei in alopecia areata , mica cercetare clinica (N=5) a lui Harrison si Stepanek (1991) a aratat o crestere semnificativa a parului doar la unul din pacienti; trei au avut o slaba crestere a parului; si unul nu a avut nici o schimbare. Totusi, toti cei cinci pacienti au avut imbunatatiri in termenii variabilei psihologice . Din acest studiu, Shenefeld (2000) a concluzionat ca

hipnoterapia poate fi mult mai adecvata ca o terapie complementara decat ca o alternativa de tratament primara pentru alopecia areata .

Urticaria si angioderma

Urticaria implica afectarea superficiala a dermei si este caracterizata prin plagi edematoase care sunt acompaniate de mancarimi intense. Angioderma apare cand edemul se raspandseste in dermul profund , subcutanat sau in straturile submucoase . Urticaria apare la aproximativ 15-20% din populatia generala si cei mai multi pacienti cu urticarie acuta raspund la tratamentul cauzei care o insoteste ,in mod obisnuit infectie sau intoleranta la medicamente specifice sau mancare . Manifestarile urticariei rezulta din eliberarea mediatorilor vasoactivi din piele , in principal histamina din grupurile de celule (Soter , 1999) . Cauza urticariei idiopatice este necunoscuta , raspunde slab la tratamentele dermatologice obisnuite si efectele adverse asupra calitatii vietii sunt comparate cu acelea ale pacientilor cu boala de inima cronica (O'Donnell si colaboratorii, 1997) .

Factorii psihiatrici sunt cunoscuti a fi implicati in dezvoltarea urticariei adrenergice si „ stupurilor „ care rezulta din stress-ul emotional acut provocat de nivelurile crescute ale noradrenalinei si adrenalinei si sunt usor rezolvati cu propranolol (Haustein , 1990) . Relatia dintre urticaria ideopatica cronica si factorii psihiatrici este mai putin clara . Totusi, cercetari controlate au aratat ca medicatia antidepresiva este eficienta in managementul urticariei idiopatice cronice (Gupta si Gupta, 1995) . Hipnoza a fost principala interventie psihologica pentru urticaria idiopatica cronica. Intr-un studiu controlat al hipnozei cu terapia relaxarii cu 15 pacienti cu urticarie cronica , cu o durata medie de 7,8 ani , in 14 luni, 6 pacienti au fost rezolvati si alti 8 imbunatatiti , cu cerinte pentru medicatie descrescute , raportate de 80 % din pacienti . Aceste descoperiri l-au facut pe Shenefeld (2000) sa concluzioneze ca la indivizii selectati hipnoza poate fi utila ca o terapie complementara sau chiar alternativa pentru urticaria cronica .

Acneea vulgaris

Aceasta tulburare comuna a glandei sebacee este descrisa mai tarziu in acest capitol la hipnoterapia pentru tulburarile psihocutanate .

Tulburarile somatoforme

Clasificarea categoriei tulburarilor somatoforme din DSM-IV a tulburarilor psihocutanate include :

1. Prurit idiopatic cronic.
2. Prurit idiopatic anal, vulvar si scrot
3. Tulburari dismorfice ale corpului

Prurit idiopatic cronic

Pruritul sau senzatia de mancarime este un simptom comun al tulburarilor de piele si altor tulburari interne , cum ar fi boala renala cronica , diabetul sau boala biliara . Pruritul idiopatic cronic si pruritul anal, vulvar si scrotal rezulta din mecanisme nervoase centrale (Arnold, 2005). Evenimentele stresante de viata recente si gradul de depresie par sa fie corelate cu o abilitate crescuta de a detecta mancarimea si antidepresivele triciclice pot usura pruritul idiopatic cronic (Gupta si colaboratorii, 1994). Terapia cognitiv-comportamentala (Welcowitz , Held si Held, 1989), antrenamentul de schimbare a obiceiului (Rosenbaum si Ayllon , 1981) si hipnoza (Ament si Milgram, 1967 ; Scott , 1960) au fost gasite ca fiind eficiente in intreruperea ciclului mancarime-scarpinare, astfel prevenind complicatiile scarpinarii pe termen lung. De exemplu, Ament si Milgram (1967) au raportat ca un barbat cu leucemie mielogenoasa cronica , care manifesta prurit a avut imbunatatii semnificative dupa sugestiile hipnotice . De aceea, hipnoza poate fi utilizata ca o terapie complementara pentru pruritul intens (Shenefeld, 2000).

Tulburarile dismorfice ale corpului

Tulburarea dismorfica a corpului , de asemenea cunoscuta ca dismorfofobie este o tulburare psihiatrica relativ comuna , intalnita de dermatologi. Pacientii cu tulburare dismorfica a corpului sunt preocupati cu credinta ca unele aspecte ale corpului lor sunt neatractive, deformate sau „cum nu trebuie” intr-un anumit fel (Phillips, 1996). Cele mai comune domenii de preocupare sunt pielea si parul si aproximativ 12 % din pacienti cauta tratament pentru preocuparile in legatura cu pielea sau parul, indeplinind criteriile pentru tulburare dismorfica a corpului .Desi domeniile de preocupare par normale sau minimale, pacientii se percep ca fiind semnificativ defecti , foarte neatractivi si foarte stresati , astfel provocand ingrijorari excesive si anxietate . Cei mai multi pacienti cu tulburare dismorfica a corpului au insight slab sau deziluzie, nerecunoscand ca defectul pe care ei il percep este de fapt minim sau inexistent(Phillips si Dufresne , 2003). In mod normal acesti pacienti nu beneficiaza de asigurare din partea medicilor si terapeutilor lor si majoritatea dintre ei au idei si deziluzii de referinta ; aceasta inseamna ca ceilalti oameni observa in mod special defectul lor presupus si ca ii

critica . Multi pacienti cu tulburare dismorfica a corpului isi ciupesc pielea in incercarea de a imbunati infatisarea lor .

Cei mai multi pacienti cu tulburare dismorfica a corpului au alte tulburari psihiatrice comorbide , inclusiv depresie majora , tulburare obsesiv-compulsiva, fobie sociala, abuz de substante si tulburare de personalitate (vezi Phillips si Dufresne, 2003).Din cauza etiologiei psihiatrice insotitoare, pacientii cu tulburare dismorfica a corpului nu raspund la tratamentul dermatologic standard. Inhibitorii selectivi ai serotoninei au fost gasiti ca fiind eficienti in tulburarea dismorfica a corpului (Phillips, Albertini si Rasmussen , 2002) chiar si la pacientii cu tulburare dismorfica a corpului deziluzionara . Terapia comportamentala si terapia cognitiv comportamentala au fost gasite ca fiind eficiente la majoritatea pacientilor cu tulburare dismorfica a corpului (vezi Phillips si Dufresne, 2003).

Tulburarile deziluzionale de tip somatic

Cele mai comune tipuri de tulburare deziluzionala de tip somatic vazute de dermatologi sunt parazitozele deziluzionale , dismorfozele deziluzionale si bromoza deziluzionala .

Parazitozele deziluzionale

Parazitoza deziluzionala este caracterizata prin convingerea fixa, falsa , ca cineva este infestat cu organisme vii si apare tipic ca o tulburare somatica singulara, fara alte tulburari ale proceselor gandirii .Pacientii cu parazitoza deluzionala consulta dermatologii deoarece ei cred ca exista o invazie cutanata (Arnold, 2005) . Dignosticul diferential al parazitozei deluzionale include variate tulburari medicale (de exemplu, diabetul) , conditii neorologice (de exemplu ,scleroza multipla) , alte tulburari psihiatrice (de exemplu schizofrenia) si abuzul de substante pe termen lung (de exemplu, amfetamina). Pacientii cu parazitoza deziluzionala sunt refractari de a accepta trimiterea la psihiatrie pentru frica de a nu li se spune ca infestarea nu este reala .

Tratamentul psihiatric cel mai comun pentru parazitoza deziluzionala implica utilizarea neurolepticului potent pimozide (Hamann si Avnstorp , 1982) si 50% din pacientii care au primit pimozide au raportat o remisie completa a deziluziei lor (Trabert , 1995) . Psihoterapia a fost gasita ca fiind ineficienta in parazitozele deziluzionale (Freinhar, 1984).

Dismorfoza deziluzionala

Pacientul cu deziluzia dismorfozei este convins ca, corpul sau este urat , deformat sau disproportionat intr-o anumita parte . Pacientii cu dismorfoza deziluzionala cauta tratament de la dermatologi si chirurgii plasticieni pentru a rectifica anormalitatea.

Bromoza deziluzionala

Pacientii cu deziluzia bromozei cred ca ei emit un miros neplacut din piele sau din interior . Datele tratamentului pentru deziluzie a dismorfozei si bromozei sunt limitate . Totusi, cea mai comuna abordare de tratament este farmacologica , implicand inhibitorii selectivi ai serotoninei si pimoze (vezi Arnold , 2005).

Tulburari de controlare a impulsului

Desi spectrul conditiilor dermatologice autoinduse este foarte larg , DSM-IV (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000) subdivizeaza tulburarile de controlare a impulsului ,legate de dermatologie ,in escoriatie psihogena , tricotilomania si onicofagia .

Escoriatia psihogena

Escoriatia psihogena sau escoriatia nevrotica este o tulburare caracterizata prin leziuni ale pielii autoinduse , de la escoriatii ale pielii pana la senzatii de escoriatii ale pielii sau urgenta de a schimba o neregularitate a pielii (Arnold, 2005 ; Van Moffaert,2003). Aproximativ 2% din pacientii dermatologici prezinta escoriatie psihogena (Gupta, Gupta si Haberman , 1987) si leziunile sunt in mod obisnuit gasite in zone la care pacientul poate ajunge usor, cum ar fi fata, partea de sus a spatelui si partea de sus si de jos a extremitatilor . Pacientii cu escoriatie psihogena sufera de o urgenta irezistibila de a escoria pielea pentru a indeparta substante straine imaginare (Cotterill, 1981). Odata ce procesul de ciugulire a pielii a inceput , tesuturile ranite de la scarpinare sau o mancarime focala sau o alta senzatie a pielii neimplicate poate initia scarpinarea si treptat, ciclul mancarime-scarpinare apare (Van Moffaert , 2003). Psihopatologia insotitoare poate varia la pacienti , dar in cele mai multe cazuri este gasita tulburare obsesiv-compulsiva, anxietate si depresie (vezi Arnold, 2005) . Escoriatia psihogena este in mod obisnuit tratata cu medicatie antidepresiva sau agenti antipsihotici (Gupta si Gupta , 1998).

Tratamentul psihologic al escoriației psihogene pare să fie promitator, dar este limitat la cazurile raportate (Deckersbach și colaboratorii, 2002). Două studii de caz (Hollander, 1959; Schenefelt, 2000) raportează succesul hipnozei în escoriația acneică. Hollander (1959) a utilizat sugestiile posthipnotice pentru a realiza controlul escoriației acneice în două cazuri. Schenefelt (2000) a utilizat sugestiile hipnotice pentru a alina ciupirea acneei la o femeie în vârstă de 32 ani care își pigulea leziunile acneice de pe față, de 15 ani.

Tricotilomania

Tricotilomania este o tulburare a smulgerii cronice a părului și provoacă disstress substanțial și tulburare în funcționare, conducând la alopecie, cel mai comun implicând părul de pe scalp, dar de asemenea și genele, sprâncenele și părul pubian și celălalt păr de pe corp (Arnold, 2005). Pacienții își pot smulge părul ca răspuns la problemele afective (de exemplu, anxietate) sau în timpul activităților contemplative sedentare (de exemplu, cititul) și poate apărea automat (cu puțină conștientizare) sau într-un mod concentrat (pentru a scădea tensiunea; Stein și colaboratorii, 2003). Pacienții cu tricotilomanie au în mod comun anxietate comorbidă, indispoziție, abuz de substanțe sau dependență, mâncat excesiv și se întâlnește cluster-ul B și C al tulburărilor de personalitate (Arnold, 2005 ; Stein și colaboratorii, 2003).Inhibitorii selectivi ai serotoninei sunt considerați ca prima linie a alegerii medicației în tratamentul tricotilomaniei (Vythilingum și Stein, 2001), deși cercetările controlate ale inhibitorilor selectivi ai serotoninei nu s-au dovedit persuasive (O'Sullivan, Christensen și Stein, 1999).Terapia cognitiv comportamentală și hipnoza au fost găsite ca produc un rezultat favorabil în tricotilomanie. Prin revizuirea hipnoterapiei în tulburările de piele, Shenefelt (2000) a concluzionat că hipnoterapia poate servi ca o terapie complementară utilă pentru tricotilomanie.

Onicofagia

Onicofagia sau roaderea repetitivă a unghiilor, dacă este severă, poate conduce la probleme medicale și dentare semnificative, cum ar fi infecția mâinii și paradontoza. Clomipramine-ul și terapia comportamentală au fost găsite ca fiind eficiente în onicofagie (vezi Arnold, 2005). Câteva abordări hipnoterapeutice (vezi Hammond, 1990,p.429-31) au descris modul de a face față roaderii unghiilor, dar studiile empirice lipsesc. Wagstaff și Royce (1994) au investigat o singură sesiune de hipnoterapie pentru roaderea unghiilor, accentuând beneficiile stopării obiceiului și utilizării auto-sugestiei. Șapte din unsprezece subiecți, comparați cu un subiect din grupul de control, au încetat să-și roade unghiile în a

cincea saptamana care a urmat .

Rezultatele acestei cercetari preliminare indica ,ca hipnoterapia poate fi utilizata ca un tratament alternativ pentru onicofagie , desi mai multe studii empirice sunt necesare .

Tulburarile factice

Tulburarile dermatologice factice includ dermatita artefacta sau dermatita factica si purpura psihogena .

Dermatita artefacta

Dermatita artefacta sau dermatita factica este o tulburare in care pacientii produc intentionat leziuni ale pielii pentru a-si asuma un rol de bolnav (Arnold , 2005). Categoria de leziuni poate fi de la agravari minime ale unei dermatoze aparute anterior pana la autoranire cutanata intentionata , care poate fi amenintatoare pentru viata din cauza cangrenei sau infectiei generalizate (Van Moffaert, 2003). Dermatita artefacta apare la aproximativ 0,3 % din pacientii dermatologici (Gupta, Gupta si Haberman , 1987) si se instaleaza de obicei dupa stress-ul psihosocial sever , implicand pierdere , amenintarea pierderii sau izolare (Stein si Hollander , 1992). Dermatita artefacta apare in cateva tulburari psihiatrice, incluzand psihoza schizo-afectiva , psihoza hipocondriaca monosimptomatica , abuzul de substante , anxietate severa si tulburarea de personalitate borderline (vezi Van Moffaert, 2003).

Deoarece nici o cercetare controlata asupra tratamentului dermatitei artefacta nu a fost publicata, alegerea tratamentului este bazata pe experienta (Arnold, 2005). Pacientii cu dermatita artefacta sunt in general refractari sa fie trimisi la psihiatru sau psiholog deoarece ei neaga natura autoindusa a leziunilor lor . Totusi, in contextul unei bune aliante terapeutice, pacientul poate fi deschis la a fi trimis la un specialist de sanatate mintala .

Purpura psihogena

Purpura psihogena este o boala de piele rara caracterizata prin aparitia spontana a vanatailor recurente (purpura) . Desi purpura psihogena poate fi cauzata prin sensibilitatea eritrocitelor si reactia de conversie, cel mai probabil cauza pare sa fie tulburarea factica (Arnold, 2005).

PRINCIPIILE MANAGEMENTULUI PSIHOCUTANATE

Un grup international de dermatologi si psihiatri au dezvoltat un consens asupra ingrijirii si managementului tulburarilor psihodermatologice (Koo si colaboratorii, 2003). Psihodermatologia este definita ca o disciplina care incearca sa incurajeze o abordare comprehensiva si umanista pentru managementul pacientilor dermatologici care prezinta tulburari psihologice (Koo si colaboratorii, 2003) . Principalele scopuri ale consensului sunt de a promova furnizarea unei ingrijiri de calitate si sa ajute pe ceilalti profesioniști ai sanatatii sa inteleaga complexitatea tulburarilor dermatologice, in mod particular interfata dintre psihiatrie si dermatologie .

Consensul International asupra Ingrijirii Pacientilor Psihodermatologici cuprinde sase pasi pentru ingrijirea pacientilor :

- 1.Stabilirea unei definitii clare a conditiilor psihodermatologice
- 2.Formarea unei bune relatii pacient – doctor
- 3.A avea un motiv clar pentru integrarea tratamentului psihologic
- 4.Determinarea importantei unui diagnostic adecvat
- 5.Sensibilitatea de a face trimitere la psihiatru
- 6.Furnizarea unui tratament comprehensiv constand din psihofarmacologie, terapie comportamentala , psihoterapie , tratament de grup suportiv si de reducere a stress-ului .

Deoarece abordarea de tratament a hipnoterapiei cognitive descrise in acest capitol integreaza aceste sase componente, fiecare din componente este descrisa pe scurt mai jos.

Definirea tulburarilor psihodermatologice

Tulburarile psihodermatologice se refera la variatele conditii care constituie interfata dintre dermatologie si psihiatrie (Koo si colaboratorii, 2003). Aceasta

categorii de conditii se intinde de la tulburari ale pielii reale , care sunt exacerbate de stress-ul emotional (de exemplu, acneea vulgaris) pana la leziuni ale pielii severe autoinduse precipitate de psihopatologie insotitoare serioasa (de exemplu, dermatita artefacta) . Domeniul psiho-neuro-endocrino-imuno-dermatologiei (vezi Zane, 2003) a evoluat de la explicarea mecanismelor care insotesc interactiunile complexe dintre stress si corp, in termenii sistemelor endocrin, imunitar si nervos. Conceptualizarea psihodermatologica furnizeaza, de asemenea, un model biopsihosocial de ingrijire, accentuand atat rolul abordarilor de tratament psihofarmacologice, cat si psihologice.

Importanta unei bune relatii intre pacient si cel care furnizeaza ingrijirea

Fara stabilirea unui bun raport si a unei aliante terapeutice va fi aproape imposibil sa formulam un diagnostic adecvat si un regim de tratament eficient .Consensul International de Ingrijire recomanda trei abordari pe care cel care furnizeaza ingrijirea le poate exercita pentru a construi o alianta pozitiva cu pacientul cu o conditie psihocutanata :

- Asigurarea ca pacientul nu se simte respins , judecat , trivializat sau abandonat si furnizarea unei ingrijiri optime, pline de respect.
- A fi empatic si a comunica mesajul ca practicianul stie prin ce trece pacientul
- Furnizarea sperantei si dezvoltarea dorintei de a ajuta

Determinarea unui diagnostic adecvat

Este important sa punem un diagnostic adecvat. Fara diagnostic corect tratamentul prescris va fi probabil inefficient si acest lucru poate demoraliza pacientul , care se simte deja frustrat si dezamagit. Urmatoarele linii de ghidaj pot imbunatati acuratetea diagnosticului:

- Guvernarea tulburarii dermatologice primare sau a altor tulburari organice , care poate masca o tulburare psihocutanata
- Sa nu ne bazam doar pe un diagnostic psihiatric al tulburarii de piele
- Utilizarea unor descoperiri psihiatrice pozitive pentru a pune un diagnostic psihiatric
- A se asigura despre natura psihopatologiei insotitoare, cum ar fi anxietate, depresie, tulburare obsesiv-compulsiva, tulburare de personalitate, psihoza s.a.m.d. deoarece alegerea unei interventii psihofarmacologice sau psihologice va fi determinata de conditia psihiatrica insotitoare
- Identificarea si diferentierea intre categoriile de tulburari psihocutanate :

- (1) tulburari psihofiziologice (tulburari ale pielii exacerbate de stress-ul psihologic, de exemplu acnee, eczema sau psoriazis);(2) tulburari psihiatrice primare (de exemple escoriatie nevrotica sau tricotilomanie);
(3) tulburari psihiatrice secundare (de exemple anxietate sau depresie);
si (4) tulburari senzoriale cutanate (de exemplu, disestezia)
- Evaluarea pentru abuzul de substante
 - In unele cazuri, biopsii ale pielii sau analize de informare pentru oua si paraziti pot fi necesare

Sensibilitatea de a face trimitere la practicieni ai sanatatii mentale

Desi ca o rutina , cazurile psihocutanate ar trebui sa fie trimise la psihiatri, psihologi sau alti practicieni ai sanatatii mentale, sensibilitatea ar trebui sa fie exersata cand se face o astfel de trimitere :

- O trimitere la psihiatru ar trebui sa fie discutata si ar trebui sa fie facuta cu grija si empatie
- Dermatologul ar trebui sa stabileasca o relatie de lucru cu practicieni ai sanatatii mentale , astfel incat ingrijirea pacientului sa fie coordonata
- Cand un pacient refuza sa vada un psihiatru cu regularitate , dermatologul poate continua sa furnizeze ingrijire psihologica prin consultarea cu psihiatrul , in special atunci cand problemele psihologice sunt mai putin serioase
- In cazurile in care psihopatologia insotitoare este serioasa si pacientul refuza sa vada un psihiatru, dermatologul ar trebui sa exerseze abilitatile de indemnare a pacientului.

Managementul comprehensiv

O abordare de tratament multidisciplinara este recomandata. In absenta unei echipe multidisciplinare , tratamentul ar trebui sa fie multimodal , constand din psihofarmacologie, terapie cognitiv comportamentala si hipnoterapie .

HIPNOTERAPIA COGNITIVA IN ACNEEA VULGARIS

Hipnoterapia cognitiva adopta o abordare multi-modala pentru tratamentul tulburarilor psihocutanate si integreaza sase pasi pentru ingrijirea pacientului sustinuta de Consensul asupra Ingrijirii Pacientilor Psihodermatologici (Koo si colaboratorii, 2003). Strategiile hipnoterapiei cognitive pentru tratarea acneei vulgaris sunt descrise in detaliu pentru a ilustra modul cum hipnoterapia cognitiva poate fi utilizata sistematic in tulburarile psihocutanate specifice.

Acneea vulgaris (ne-am referit la acnee in restul capitolului) este cea mai comuna dintre toate tulburarile de piele. Este o tulburare a glandei sebacee, caracterizata printr-o varietate de leziuni ale pielii, inclusiv comedoane (leziuni neinflamate), papule, pustule si moduli (Arnold, 2005). Leziunile apar in cea mai mare parte pe fata, gat, partea de sus a pieptului si umeri iar principalele complicatii ale leziunilor sunt fie rani cicatricele cavitare, fie cicatricile hipertrofice. In cele mai multe cazuri, acneea apare la pubertate, desi instalarea poate fi amanata in a treia si a patra decada. Este estimat ca peste 90% din adolescentii de sex masculin si 80% din adolescente sunt afectati de acnee (Rademaker, Grioch si Simpson, 1989).

Desi cauza acneei nu este cunoscuta se crede ca poate fi provocata de schimbarile in foliculul parului si glandele sebacee din piele care produc sebum. Substanta uleioasa iese prin pori, rezultand capul alb sau capul negru (acneea comedonica) si pustule (acneea papulopustuloasa). Schimbarile in foliculii parului si glandele sebacee pot fi produse de factori multipli , incluzand schimbari hormonale, producerea sebumului , colonizarea bacteriana (Brown si Shalita ,1998) si stress-ul psihologic (Chiu, Chou si Kimball , 2003 ; Gupta si Gupta, 2003). Doua cercetari recente (Green si Sinclair, 2001; Yosipovitch si colaboratorii, 2007) au raportat o asociere cronologica apropiata intre exacerbaria acneei si episoadele de stress emotional . Green si Sinclair (2001) au cercetat 215 studenti din anul VI la medicina si au descoperit ca 67 % dintre studenti aveau asociata cauza acneei lor cu stress-ul . Studiul lui Yosipovitch si colaboratorii (2007) a implicat 94 de elevi de scoala secundara , cercetati in timpul stress-ului ridicat (anterior examenelor de la mijlocul anului) si in timpul stress-ului scazut (in timpul vacanțelor de vara). Rezultatele au demonstrat ca 23 % din adolescentii care aveau un nivel ridicat de stress aveau o severitate crescuta a acneei. Aceste studii sugereaza ca exista o asociere semnificativa intre stress si severitatea acneei .

In timp ce este general acceptat ca stress-ul psihologic este implicat in patogeneza acneei , au existat putine cercetari pentru a intelege mecanismele din spatele acestei relatii. Cativa scriitori (de exemplu, Koo si Smith, 1991 ; Strauss si

Thiboutot, 1999) au propus eliberarea unor steroizi adrenergici care afectează glandele sebacee ca fiind responsabili pentru agravarea stress-ului indus al acneei. Studiul lui Yosipovitch și colaboratorii (2007) a examinat dacă nivelele de sebum , substanța uleioasă care acoperă pielea și protejează părul , cresc în timpul stress-ului și dacă ele sunt legate de severitatea acneei. Rezultatele au arătat că producția de sebum nu diferă semnificativ între stress-ul ridicat și stress-ul scăzut. Totuși, cercetătorii au descoperit că elevii care au raportat stress ridicat prezentau cu 23% mult mai probabil severitate crescută a acneei papulopustuloase (pustule). De aceea , nivelele de stress nu erau legate de severitatea acneei comedonice (cap alb sau cap negru), ci de severitatea pustulelor (acnee papulopustuloasă). Din aceste descoperiri cercetătorii au concluzionat că severitatea acneei , asociată cu stress-ul, poate să nu fie legată de cantitatea de sebum , ci de factori cum ar fi inflamarea . Extensia acestui studiu important i-a condus pe Yosipovitch și colaboratorii (2007) să elucideze mai mult mecanismele implicate în legătura dintre stress și exacerbarăa acneei.

Cu toate acestea este general acceptat că acnea este o tulburare psihofiziologică . O tulburare psihofiziologică (anterior cunoscută ca tulburare psihosomatică și care se referea la factori psihologici afectând condiția medicală în DSM-IV) este caracterizată printr-o patologie fizică considerabilă , cum ar fi astmul , hipertensiunea, migrena și ulcerul peptic, care este provocată sau înrăutățită de factori emoționali (Davidson și colaboratorii, 2005) . Acnea face parte din categoria psihofiziologică, din moment ce pacienții se plâng frecvent de izbucnirea acneei când ei experimentează frustrare , stress sau anxietate (Lee și Koo, 2003). În plus, acnea severă este asociată cu anxietate crescută și imagine de sine scăzută (Koo și Smith, 1991). Acnea, de asemenea, poate afecta serios funcționarea socială și ocupațională și poate provoca distress psihologic semnificativ și preocupări în ceea ce privește imaginea corpului (Gupta și colaboratorii , 1990). Cicatricele și desfigurarea provocate de acnee pot conduce la depresie și ideată suicidară (Gupta și Gupta , 1998) care pot exacerba acnea . Cel mai frecvent pacienții cu acnee se concentrează predominant asupra experienței lor și consecințele psihologice sunt de a avea acnee, mai curând decât patologie fizică . Ca un rezultat, pacienții cu acnee suferă mai mult din cauza autoconstientizării , jenei, stimei de sine scăzute și ideatei suicidare mai curând decât din cauza simptomelor fizice ale durerii și sângerării (Koo și colaboratorii, 2003).

Deși acnea este considerată a fi o tulburare psihofiziologică, intervenția farmacologică este principala abordare de tratament. Un agent terapeutic dermatologic topic , cum ar fi isotretinoin (Acutane) este în mod normal utilizat dacă simptomele nu sunt prompt controlate prin antibiotice . Deși isotretinoin-ul s-

a dovedit a fi eficient in acnee , unele rapoarte au aratat exacerbaria depresiei , ideatiei suicidare , incercarilor de suicid si suicidul (Jick, Kremers si Vasilakis-Scaramozza, 2000) . In unele cazuri , pacientii deprimati au dovedit o imbunatatire in ceea ce priveste acneea dupa tratamentul depresiei cu paroxetine (Moussavian, 2001). Fiind data contributia emotiei si stress-ului la acnee , tratamentele au avut ca scop reducerea stress-ului , furiei , anxietatii si depresiei . Relaxarea asistata prin biofeedback si antrenamentul de imagerie cognitiva reduc severitatea acneei in comparatie cu grupurile de control medicale (Hughes si colaboratorii, 1983). In mod similar, hipnoza a fost gasita ca fiind benefica in reducerea complicatiilor potentiale ale acneei (Shenefelt,2000) . Utilizand sugestiile posthipnotice, Hollander (1959) a ajutat doi pacienti sa controleze escoriatia acneica , conditie in care, pacientii, in mod obisnuit, isi pigulesc leziunile.De fiecare data cand pacientul isi pigulea fata , el era instruit sa-si aminteasca cuvantul „cicatrice” si sa se retina de la pigulare , spunand in schimb „ cicatrice”.Escoriatiile s-au redus semnificativ , desi acneea insotitoare nu s-a rezolvat. Acest raport indica faptul ca hipnoza este un tratament util pentru reducerea escoriatiei.

Pentru a sintetiza , interrelatia dintre acnee si psihiatrie poate fi manifestata la trei nivele :

1. Stress-ul emotional poate exacerba acneea
2. Ca o consecinta a acneei lor, unii pacienti pot dezvolta conditii psihiatrice, cum ar fi depresie, fobie sociala si stima de sine scazuta.
3. Unii pacienti cu astfel de conditii psihiatrice primare ca tulburarea obsesiv compulsiva si psihoza pot deveni preocupati de acneea lor (de exemplu, escoriatia acneica).

Etapele hipnoterapiei cognitive pentru acnee

Hipnoterapia cognitiva pentru acnee consta din 11 etapa :

1. Evaluarea si formularea cazului
2. Inductia hipnotica si adancirea
3. Restabilirea balantei autonome
4. Antrenamentul mintii asupra corpului
5. Intarirea eului
6. Managementul simptomului
7. Antrenamentul de imagerie pentru vindecare
8. Sugestii posthipnotice
9. Terapie cognitiv comportamentala
10. Indemanari de rezolvare a problemei

11. Antrenament de autohipnoza

Evaluarea si formularea cazului

Asa cum am descris in capitolele anterioare, evaluarea este luata in considerare in contextul abordarii formularii cazului (apendicele B si C ; vezi capitolul 2). Totusi, pacientul ar trebui sa fie rugat sa descrie zonele de piele care sunt afectate de acnee . Acest lucru furnizeaza baza pentru evaluarea mai detaliata a simptomelor la fiecare locatie si permite terapeutului si pacientului sa aiba o intelegere comuna impartasita asupra caror parti ale corpului sunt afectate de acnee (White , 2001). Terapeutul ar trebui , de asemenea, sa se intereseze despre remisii si despre izbucniri si despre modul cum reactioneaza pacientul la acestea din punct de vedere comportamental (de exemplu, scarpinare , jupuire) , cognitiv si emotional. Este de asemenea important sa obtinem informatie despre credintele pacientului in legatura cu pielea , acneea si tratamentul sau si despre reactia celorlalti oameni la aceasta . Terapeutul ar trebui, de asemenea, sa investigheze pe scurt psihopatologia evidenta , care poate interfera semnificativ cu managementul acneei.

Inductia hipnotica si adancirea

Procedura hipnotica este tintita catre cele trei componente principale ale acneei

1. Schimbari fiziologice (inflamare)
2. Experienta subiectiva de a avea acnee (anxietate , depresie , rusine, jena)
3. Comportamentul motivat de acnee (de exemplu, scarpinare, jupuire , retragere sociala)

Orice metoda formala sau informala de inductie hipnotica si adancire poate fi utilizata . Eu am adoptat *relaxarea cu metoda numararii* dupa Gibbons (1979) , care este usor adaptata pentru antrenamentul de autohipnoza (vezi apendicele E pentru un scenariu complet de inducere si adancire). Sedinta este inregistrata pe o caseta audio sau pe un CD pentru a facilita practicarea acasa.

Restabilirea balantei autonome

Unul din obiectivele principale ale utilizării hipnozei este de a induce o senzație profundă de relaxare și de a restabili balanța autonomă. Prin învățarea de a se relaxa, cei care suferă de acnee sunt capabili să reducă stărnirea simpatică și să îmbunătățească sentimentele de autoeficacitate și control (Bernstein, Borkovec și Hazlett – Stevens, 2000). În plus, prin inducerea relaxării hipnoza reduce anxietatea și creează un sentiment de bine. Aceste experiențe creează un sentiment de control, promovează expectanța pozitivă și întăresc alianța terapeutică. Scenariul hipnotic prezentat mai jos furnizează sugestii pentru ameliorarea acneei pe baza unor motive credibile sau științifice (relaxare fizică și calmare emoțională). Aceste sugestii sunt furnizate când pacientul este într-o tranșă profundă.

Scenariu hipnotic pentru ameliorarea condiției pielii prin relaxare

Devii acum atât de profund relaxat....și ești într-o stare hipnotică din ce în ce mai profundă....încât mintea ta devine atât de sensibilă și de receptivă la sugestiile mele....încât tot ceea ce-ți spun euva merge direct în inconștientul tău. Și ele vor deveni complet implantate acolo....astfel încât ele vor continua să te ajute, chiar și atunci când nu asculți casetaastfel încât pielea ta va continua să se vindece....pană când este vindecată complet.

Deoarece asculți caseta zilnic....vei deveni mult mai relaxatși mai puțin tensionat cu fiecare zi. Relaxarea sistemului tău nervos este primul pas către vindecarea pielii tale. Deoarece pielea și sistemul nervos sunt construite din același material, există o legătură apropiată între piele și sistemul nervos. De aceea, orice îți afectează sistemul nervos îți afectează pielea. Deci, în timp ce asculți caseta zilnic....pielea și sistemul tău nervos vor deveni mai puțin tensionateși mult mai relaxate cu fiecare zi.

Pielea ta de asemenea acționează ca un mediu prin care emoțiile puternice sunt exprimate. Ne înroșim când ne furieăm....ne înroșim când suntem jenati sau confuzațiși ne mâncă când dorințele noastre sunt frustrate. De fapt, pielea reacționează foarte rapid la sentimente....și deoarece pielea este atât de disponibilă pentru noinoi adesea tindem să ne îndreptăm agresivitatea sau frustrarea către pielea noastră.

În timp ce asculți caseta în fiecare zivei învăța să lași totul să treacăde aceea vei rămâne calm chiar și atunci când ești supărat și frustratastfel încât pielea ta va rămâne calmă și relaxată.

In plus, cand ai o problema de pieleproblema provoaca tulburarea sistemului tau nervos , care la randul lui afecteaza fluxul sangelui catre pielea tasi provoaca iritarea pielii tale. Acest cerc vicios provoaca dereglarea glandelor tale sebacee. Uscaciunea , iritarea si inflamarea pielii tale sunt provocate de aceasta dereglare a glandelor tale sebacee....care poate incuraja ca bacteriile si fungii sa se dezvolte in pielea ta . Toti acesti factori interfereaza cu procesul vindecarii .

Prin ascultarea casetei de autohipnoza in fiecare zivei fi capabil sa produci o stare de relaxare profundaastfel restabilind balanta in mod adecvat pentru functionarea pielii taleastfel incat circulatia adecvata a sangelui in pielea ta va fi restabilita....si activitatea adecvata a glandelor tale sebacee va fi stabilita .

Antrenamentul mintii asupra corpului (ratificarea transei)

Hipnoza furnizeaza un instrument de comanda pentru demonstrarea credibilitatii terapiei psihologice pentru acnee . Cu cat mai credibil si mai puternic este perceput tratamentul de catre pacient , cu atat mai bun este rezultatul tratamentului (DePiano si Salzberg, 1981) . Cand pacientul este intr-o stare hipnotica profunda , catalepsia ochilor si a corpului (asociata cu provocarea de a deschide ochii si de a se ridica de pe scaun sau de pe canapea) este indusa pentru a demonstra puterea mintii asupra corpului . Aceste demonstratii ratifica puterea interventiei hipnotice si furnizeaza increderea pacientului cu acnee ca , conditia pielii poate fi ameliorata .

Intarirea eului

Cand experimenteaza hipnoza ,sugestiile de intarire a eului sunt oferite pacientilor cu acnee pentru a creste increderea in sine , stima de sine si a optimiza efectul tratamentului. Imbunatatirea sentimentelor de incredere in sine si de stima de sine produce expectanta pozitiva si autoeficacitate perceputa (Bandura , 1977) . Daca cei care sufera de acnee pot fi ajutati sa se vada ca avand abilitatea de a controla sistemele lor, ei vor percepe viitorul ca fiind plin de speranta . Cea mai populara metoda pentru cresterea autoeficacitatii in contextul hipnoterapeutic este de a furniza sugestii de intarire a eului . Conform lui Hartland (1971)

sugestiile de intarire a eului „muta tensiunea , anxietatea si aprehensiunea si....treptat, restabileste increderea pacientului in sine si abilitatea sa de a face fata problemelor sale” . Apendicele E furnizeaza o lista de sugestii de intarire a eului care pot fi adaptate pentru utilizarea la cei care sufera de acnee. Totusi, pentru a asigura credibilitatea si acceptarea sugestiilor de intarire a eului este important ca sugestiile de intarire a eului sa fie construite in asemenea mod incat ele sa para credibile si logice pentru pacientul cu acnee.

De exemplu, mai curand decat sa afirmam „acneea ta va disparea” este recomandabil sa sugeram :

Ca un rezultat al acestui tratament si ca un rezultat al faptului ca tu asculți caseta de autohipnoza in fiecare zi, vei incepe sa te relaxezi si sa inveti sa lasi ca totul sa treaca . Si cu fiecare zi in care asculți caseta vei incepe sa te simți din ce in ce mai profund relaxat, mai puțin tensionat , mai puțin anxios si mai puțin suparat , astfel incat cu fiecare zi mintea ta , corpul tau si nervii tai vor deveni din ce in ce mai relaxati . Ca un rezultat al acestei relaxari profunde , cu fiecare zi , mintea ta, corpul tau si nervii tai vor deveni mai puternici si mai sanatosi . Ca un rezultat al acestui lucru , acneea ta va deveni mai puțin severa , pana cand va disparea complet.

Nu doar ca acest set de sugestii de intarire a eului suna logic , ci imbunatatirea devine contingenta cu continuitatea terapiei si ascultarea casetei de autohipnoza zilnic.

Managementul simptomului

Hipnoterapia furnizeaza un instrument puternic pentru producerea *cognitiei sincretice* (Alladin,1994, 2007b) care consta dintr-o varietate de schimbari cognitive , somatice , perceptuale , fiziologice , viscerele si kinestezice in conditii controlate . Productia hipnotica si modularea acestor schimbari furnizeaza pacientilor cu acnee o dovada dramatica ca ei pot schimba sentimentele si experienta lor , astfel furnizand speranta ca ei pot schimba conditia pielii lor . Dupa doua sau trei sedinte de hipnoza si de intarire a eului Tehnica Dusului este introdusa pentru a conduce simptomele . Caseta urmatoare este un exemplu al acestor tipuri de sugestii de relaxare , care pot fi date pacientului pentru a reduce gradual acneea .

Tehnica Dusului Cald

Devii acum atat de profund relaxat....esti intr-o stare de transa hipnotica profunda incat mintea ta devine atat de puternica si de sensibila la ceea ce eu spunincat vei fi capabil sa simți, sa experimentezi si sa-ti imaginezi tot ceea ce

eu iti cer sa simti, sa experimentezi si sa-ti imaginezi.

Acum , vreau sa-ti imaginezi ca faci un dus cald. Imagineaza-ti apa calda care-ti curge pe fata....pe spatecare-ti curge pe zonele afectate ale feteicare-ti curge pe zonele afectate ale spatelui. Simte apa calda cum se misca bland si se raspandeste pe zonele afectate ale feteicum curge si se raspandeste pe toate zonele afectate ale spatelui.

Imagineaza-ti cum iti maseaza bland zonele afectate in timp ce apa calda curgesi simti apa calda producand o senzatie de confortusurand iritatieaindepartand iritatiea cu blandete indepartand cicatricelepermitand pielii sa se vindece. In timp ce confortul se raspandeste in toate zonele afectateimagineaza-ti ca textura pielii se schimba....este moale....si devine din ce in ce mai normala .Simti cum pielea ta se schimba si devine mai relaxatase simte mai confortabil....se simte normal. Continua sa-ti imaginezi cum apa calda se raspandeste catre zonele afectate ale fetei si spatelui pana cand simti o senzatie de confort complet si de usurare . In timp ce pielea se simte foarte relaxata si foarte confortabilaimagineaza-ti ca pielea se vindeca.

In timp ce iti imaginezi apa calda curgand si raspandindu-se pe pielea ta , simti ca iritatiea....disconfortul....eruptia....se disipeaza. In timp ce iritatiea si disconfortul pleaca , energia pielii este lasata sa contine vindecarea. Imagineaza-ti ca celulele pielii ranite si iritate se vindecasi noi celule se formeaza la suprafata.

Sugestiile de mai sus pot fi repetate, modulate si extinse pentru a produce efectele dorite . Ca un rezultat al acestei proceduri hipnotice multi din cei care sufera de acnee au raportat o imbunatatire dramatica a pielii lor . DePiano si Salzberg (1981) sustin ca schimbarile pozitive rapide experimentate de pacientii care au urmat aceasta procedura hipnotica sunt in parte datorate schimbarilor comportamentale , emotionale , cognitive si fiziologice profunde aduse de experienta transei.

Antrenamentul imageriei pentru vindecare

Antrenamentul imageriei este utilizat in contextul Tehnicii Dusului Cald pentru a promova vindecarea pielii . Odata ce pacientul cu acnee este capabil sa induca senzatia de cald vizualizandu-se facand un dus cald , terapeutul capitalizeaza aceasta experienta pentru a promova vindecarea pielii . Sugestiile sunt spuse pentru a asocia caldura pielii cu circulatia crescuta a sangelui , ceea ce

pare logic pentru pacient .

Scenariu pentru vindecarea pielii

In timp ce continui sa-ti imaginezi apa calda curgand pe pielea ta devii constient de zonele pielii tale care sunt afectate . Curand vei fi capabil sa simti o senzatie de caldura in zonele in care pielea ta este afectata . Aceasta senzatie de caldura se datoreaza faptului ca circulatia sangelui a crescut in zonele in care tu simti caldura . Acest flux de sange in plus aduce mai mult oxigen si mai multi nutrienti catre zonele in care pielea ta este afectata . Sub suprafata pielii....imagineaza-ti ca fluxul sangelui este crescutfluxul sangelui crescut aduce mai mult oxigen , mai multi nutrienti....hranind tesuturile sanatoase care se dezvoltă sub piele.

Pentru urmatoarele cateva minute vei deveni pur si simplu constient de senzatia de confort din pielea taimagineaza-ti ca pielea devine sanatoasa....si o noua piele inlocuieste pielea afectata . In timp ce asculți caseta in fiecare zi....linistirea si vindecarea pielii va continuachiar si atunci cand nu asculți caseta . Si de fiecare data cand asculți casetavindecarea si recreșterea pielii tale vor deveni din ce in ce mai activatepana cand vindecarea este completapielea afectata este inlocuita de o noua piele sanatoasa .

Sugestiile posthipnotice

Sugestiile posthipnotice sunt considerate ca fiind o parte foarte necesara a procesului terapeutic , deoarece ele incurajeaza pacientul sa ia in considerare noi posibilitati in viitor (Yapko , 2003). In tratamentul acneei , sugestiile posthipnotice servesc pentru a ratifica experienta hipnotica , a promova autohipnoza si a contracara problemele de comportament (scarpinare , evitare sociala), a preveni emotiile negative si a indeparta cognitiile disfunctionale care pot face sa apara sa se exacerbeze sau sa se mentina acneea . Urmatoarele sugestii posthipnotice pot fi utilizate la cei care sufera de acnee . Aceste sugestii posthipnotice sunt spuse intr-un asemenea mod incat ele sa sune logic pentru pacient si ele comunica o relatie contingenta intre comportament (de exemplu, ascultarea casetei de autohipnoza) si rezultat.

Sugestii posthipnotice pentru acnee

Ca un rezultat al acestui tratamentca un rezultat al faptului ca tu asculți caseta in fiecare zi.....te vei simți mai puternic si mai in forma. Circulatia ta se va imbunatatiin particular circulatia din vasele mici de sange care aprovizioneaza

pielea. Inima ta va bate mai puternicastfel incat mai mult sange va curge prin vasele mici de sange din pieletransportand mai mult oxigensi mai multi nutrienti catre piele . Datorita acestui lucrupielea ta va deveni mai bine hranitava deveni mai sanatoasa....mai normala in texturasi iritatie se va diminua treptatpana cand va disparea complet....lasand o noua piele perfect sanatoasa si normala . Si....in timp ce devii mai relaxat cu fiecare zi....sistemul tau nervos va deveni mai puternic....astfel incat vei deveni mai putin sensibilmult mai putin usor de iritatde aceea ta va deveni mai putin suparata, mai putin iritata.

Terapia cognitiv comportamentala

Acneea este considerata o tulburare psihofiziologica deoarece patologia sa fizica este inrautatita de reactia emotionala (Lee si Koo , 2003). Dat fiind ca exista o puternica relatie intre emotie si acnee , tratamentul ar trebui sa aiba drept scop reducerea furiei , frustrarii , anxietatii si depresiei . In mod similar, exista o relatie puternica intre stress si acnee.

Terapia cognitiv comportamentala este utilizata la pacientii cu acnee pentru a-i ajuta sa faca fata mult mai eficient stress-ului si reactiilor emotionale negative . Terapia cognitiv comportamentala ii directioneaza pe cei ce sufera de acnee sa examineze rolul gandurilor lor in generarea stress-ului si afectului negativ . De la trei pana la cinci sedinte pot fi dedicate terapiei comportamentale si acest tratament este in mod particular util pacientilor cu acnee , cu anxietate sau depresie comorbida . Abordarea terapiei cognitiv comportamentale utilizata la pacientii cu acnee este similara formatului terapiei cognitiv comportamentale descris in depresie in capitolul 3 . Mai specific, pacientii cu acnee utilizeaza formularul restructurarii cognitive (ABCDE) (apendice B) pentru a identifica circumstantele (evenimentele in care acneea izbucneste .Odata ce situatiile legate de acnee sunt identificate , pacientul este antrenat sa identifice si sa restructureze cognitiile disfunctionale (vezi capitolul 3) legate de situatii. Target-urile cognitive pot fi *ganduri* generatoare de stress (de exemplu „nu pot face fata acestei situatii”) sau o *credinta* sau *presupunere* insotitoare (de exemplu , „ sunt urat si inspaimantator , nimeni nu vrea sa iasa cu mine”) care distileaza semnificatia temei din multe ganduri generatoare de stress . Asa cum am discutat in contextul migrenei (capitolul 4) , scopul terapiei cognitiv comportamentale este sa antreneze pacientii sa „ prinda” gandurile lor generatoare de stress , „si apoi sa controleze stress-ul si alte efecte negative si sa faca pacientul mai putin vulnerabil la efectul negativ legat de stress” (Holroyd, 2006, p.262) .

Terapia cognitiv comportamentala poate fi de asemenea utilizata pentru a face fata scarpinarii zonelor afectate ale pielii . Intr-o incercare de a ajuta pacientii cu tulburari de piele sa se retina de la a-si scarpina pielea , White (2001) isi angajeaza pacientii sai in dialoguri cu sine , in care examineaza consecintele pe termen scurt si pe termen lung ale scarpinarii, asa cum este in caseta de mai jos

Terapia cognitiv comportamentala pentru controlarea mancarimii

Desi reactia mea automata este de a ma scarpina , am descoperit urmatoarele dezavantaje :

- Ma ajuta doar pentru cateva minute.
- Cand aman acest lucru , mancarimea dispare.
- Incep sa am cicatrici acolo unde am sangerat

Pot incerca sa :

- Sa fac ceva , orice altceva cu mainile mele.
 - Sa pun mainile pe zonele unde am mancarimea daca simt nevoia
 - Sa telefonez cuiva – sa fac ceva , pentru a-mi indeparta gandul de la ea
 - Sa aplic o crema
-

Indemanarile de rezolvare a problemei

Asa cum am mentionat mai sus , stressorii psihosociali pot face ca acneea sa izbucneasca. In plus, acesti stresori pot mentine simptomele . Lasek si Chren (1998) au examinat calitatea vietii adultilor cu acnee. Ei au descoperit ca pacientii cu acnee au intalniri mai putine ; iesiri la masa mai putine ; participare la sporturi mai putine; somaj crescut ; performanta academica mai scazuta . Pentru a imbunatati calitatea vietii lor, terapeutii ii poate invata pe pacientii cu acnee indemanari de rezolvare a problemei, pentru a face fata eficient acestor situatii . Hipnoza poate fi utilizata pentru cresterea stimei de sine si autoeficacitatii .

Antrenamentul de autohipnoza

Principalul scop al faptului de a-i invata pe pacienti autohipnoza este de a-i ajuta sa dezvolte comportament de autocorectie (Yapko , 2003) si de a realiza increderea in sine si puterea personala (Alman , 2001). De aceea este important ca pacientii sa invete autohipnoza in tulburari de piele cronice . La sfarsitul primei sedinte de hipnoterapie , pacientului ii este furnizat o caseta audio sau CD cu

autohipnoza pe care pacientul le poate utiliza pentru a practica autohipnoza acasa . Aceasta tema pentru acasa furnizeaza continuarea tratamentului intre sedinte si permite pacientului oportunitatea de a invata autohipnoza .Componenta de autohipnoza a hipnoterapiei pentru acnee este destinata sa induca relaxarea , sa promoveze balanta autonoma , sa creasca stima de sine si sa produca ameliorarea simptomului.

Cazurile complexe

Tehnicile hipnotice orientate pe insight sau exploratorii pot fi utilizate cand pacientul nu raspunde la protocolul de tratament obisnuit . Aceasta abordare permite terapeutului si pacientului sa exploreze dinamicile intrapersonale si originea inconstienta sau scopurile tulburarilor de piele . Capitolul 4 descrie in detaliu cum trebuie condusa hipnoterapia orientata pe insight .

SUMAR

Acest capitol a descris interfata dintre psihiatrie si dermatologie si a schitat principiile generale implicate in abordarile multidisciplinare in lucrul cu pacientii dermatologici . Tulburarile psihocutanate au fost descrise pe scurt pentru a da cititorului o informatie cadru asupra tulburarilor de piele majore clasificate in DSM-IV (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000) . Restul capitolului s-a concentrat pe acneea vulgaris pentru a ilustra modul cum hipnoterapia cognitiva poate fi utilizata in tratamentul tulburarilor psihocutanate. Tratamentul multimodal descris in acest capitol poate fi simplu croit pentru tratamentul celorlalte tulburari de piele . Protocolul hipnoterapiei cognitive utilizat pentru tratarea acneei vulgaris poate fi subiectul unei validari empirice foarte usor .

CAPITOLUL 7

HIPNOTERAPIA COGNITIVA IN MANAGMENTUL TULBURARII DE SOMATIZARE

INTRODUCERE

Tulburarile somatoforme sunt caracterizate prin simptome ale corpului care sugereaza defecte fizice sau disfunctii, dar fara sa fie gasita nici o baza fiziologica pentru acestea. Simptomele nu sunt supuse controlului voluntar si se crede ca ele pot fi provocate de factori psihologici. DSM – IV (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000) enumera cateva tipuri de tulburari somatoforme, printre care tulburare de durere, tulburare dismorfica a corpului, hipocondrie, tulburare de conversie, tulburare de somatizare, tulburare somatoforma nediferentiata si tulburare somatoforma fara nici o alta specificatie. Scopul acestui capitol este de a revizui etiologia si tratamentele empirice pentru tulburarea de somatizare si apoi sa descrie *hipnoterapia cognitiva* pentru tulburarea de somatizare, o abordare de tratament multi-modala care combina terapia cognitiv-comportamentala cu hipnoza. Dar, inainte de a ne concentra pe tulburarea de somatizare, alte tipuri de conditii somatoforme sunt pe scurt revizuite pentru a furniza cititorului o informatie cadru asupra intregului spectru de sindroame somatoforme. Abordarea de tratament a hipnoterapiei cognitive descrisa aici pentru tulburarea de somatizare poate fi usor adaptata la tratamentul celorlalte forme de conditii somatoforme.

TULBURAREA DURERII

În tulburarea durerii, plângerea principală este durerea, și factorii psihologici sunt cunoscuți ca joasă un rol important în stabilirea, menținerea și severitatea durerii. Tulburarea durerii provoacă distress și tulburare semnificative, iar pacientul este incapabil să muncească și poate deveni dependent de medicamentele contra durerii sau de tranchilizante (Davison și colaboratorii, 2005). Prevalența în timpul vieții a durerii la populația generată este de 12% și două sau mai multe femei ca și bărbați suferă de aceasta (Thomassen și colaboratorii, 2003). Durerea experimentată de pacienții cu tulburare de durere poate avea o relație temporală cu stress-ul sau confluctul sau se poate manifesta sub forma unui comportament de evitare sau poate fi obținută prin simpatie. Deoarece durerea se înrăutățește și rămâne nerezolvată, morbiditatea asociată, cum ar fi disabilitatea funcțională, utilizarea crescută a serviciilor de sănătate, tratamentul inadecvat în ceea ce privește utilizarea medicației, evaluările excesive și rata crescută de tulburări psihiatrice cresc (vezi Clark și Chodynicky, 2005). În plus, pacienții cu durere cronică neexplicată prezintă riscul de consecințe iatrogene, teste de diagnostic excesiv, medicație inadecvată și chirurgie care nu este necesară.

Deoarece durerea este întotdeauna influențată de factori psihologici, este adesea dificil de diferențiat între durerea somatoformă și durerea medicală. De asemenea nu este ușor de decis când o durere transcende într-o durere somatoformă. Totuși din felul în care pacienții descriu durerea, un clinician experimentat poate deduce un diagnostic adecvat. De exemplu, pacienții cu durere pe baza fizică par să fie mult mai specifici în legătura cu localizarea durerii, să dea mai multe detalii senzoriale cu privire la durere și să facă legătura mult mai adecvat situației (de ex. Activitățile fizice, care cresc sau descresc durerea (Adler și colaboratorii, 1997). Pacienții cu tulburare de durere, pe de altă parte, sunt mai puțin specifici în legătura cu localizarea durerii lor, ei furnizează descrieri vagi și mai puțin detaliate ale experienței durerii, durerea este adesea făcută să apară de situațiile emotionale sau de conflict și uneori durerea poate apărea sau dispărea în mod dramatic. Prin definiție, tulburarea de durere este asociată cu factori psihologici, și atât învățarea clasică, cât și operantă pot fi implicate în etiologia acestei condiții (Cloninger, 1993). În termenii condiționării clasice, situațiile neutre cum ar fi locul de muncă sau dormitorul, unde durerea a fost inițial experimentată vin să evoce comportamentul legat de durere. În termenii condiționării operante, plângerile legate de durere pot fi întărite prin atenție și simpatie crescută, fiind ușurată de activități neplăcute, compensații monetare și efectele plăcute ale analgezicelor. Teoria controlului porții durerii dezvoltată de

Melzack si Wall (1983) furnizeaza un model util pentru intelegerea modului cum procesele psihologice sunt implicate in perceptia durerii (King, 1994).

Scopurile majore in tulburarea de durere subt de a reduce „comportamentul legat de durere” si de a incuraja activitatea. King (1994) previne clinicienii sa nu utilizeze medicamente contra anxietatii, sedative si opioide in tulburarea de durere. El propune utilizarea judicioasa a analgezicelor dupa un program al intervalului fixat, astfel incat sa nu intarim comportamentele legate de durere si recomanda interventiile psihologice cum ar fi biofeedback-ul, antrenamentul de relaxare, conditionarea operanta, terapia cognitiv-comportamentala si hipnoterapia. Hipnoza este in mod particular eficienta deoarece induce relaxarea musculara profunda si ajuta pacientii sa se „disocieze” de durere (First & Tasaman, 2004). O metoda hipnotica bine cunoscuta pentru disociere de durere este de a sugera pacientului ca durerea si partea afectata sunt separate sau de a sugera ca durerea este „in alta parte”, de exemplu in alta parte a camerei (Heap & Aravind, 2002, p. 358). O alta tehnica hipnotica poulara pentru disociere de durere este de a deveni detasat de intregul corp, asa cum a fost descris in detaliu de Barabasz si Watkins (2005, p. 236-7).

TULBURAREA DISMORFICA A CORPULUI

Trasatura esentiala a tulburarii dismorifice a corpului este preocuparea in legatura cu un defect imaginat in infatisare sau preocuparea excesiva in legatura cu o anormalitate fizica minora care este acompaniata de distress sau tulburare semnificative in functionarea sociala sau ocupationala (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000). Unii pacienti cu tulburare dismorfica a corpului petrec mai multe ore pe zi verificandu-si defectul sau utitandu-se in oglinda. Alti pacienti incearca sa evite sa li se aminteasca de defectul lor, eliminand oglinzile din casa sau camufland defectul (Davison si colaboratorii, 2005). Aceste preosupari pot fi atat de stresante, incat unii pacienti recurg la chirurgia plastica. Aproximativ 5% din pacientii cu tulburare dismorfica a corpului cauta chirugie cosmetica. Stabilirea acestei conditii are loc de obicei in adolescenta tarzie, aparand in cea mai mare parte la femei si este frecvent comorbida cu depresia, tulburarea obsesiv-compulsiva, fobia sociala, abuzul de substante si tulburarile de personalitate (Corove si Gleaves, 2001; Veale, De Haro & Lambrou, 2003). Desi un numar de teorii sociologice, psihologice si neurobiologice ale tulburarii dismorifice a corpului au fost propuse (First si Tasman, 2004), etiologia tulburarii dismorifice a corpului este putin inteleasa. Unii teoreticieni o vad ca pe o varianta a unei tulburari de alimentatie sau ca o forma a tulburarii obsesiv-compulsive; altii argumenteaza ca poate fi privita ca o tulburare deziluzionala, sau ca un simptom al altor tulburari

psihiatrice (vezi Davison si colaboratorii, 2005).

Strategiile de tratament pentru tulburarea dismorfica a corpului au inclus chirurgia cosmetica, farmacoterapia si o combinatie a medicatiei si psihoterapiei. Corove si Gleaves (2001) prin revizuirea literaturii asupra rezultatului tratamentului in tulburarea dismorfica a corpului au descoperit ca strategiile cognitiv-comportamentale sunt eficiente atat simptomelor tulburarii dismorifice a corpului, cat si trasaturilor asociate. Desi eficacitatea interventiilor bazate pe hipnoza pentru tulburarea dismorfica a corpului nu a fost empiric testata, hipnoza pare sa fie o forma eficienta de tratament adjuvant pentru imaginea corpului legata de tulburarile de alimentatie (Barabasz & Watkins, 2005; Hammond, 1998). Probabil, proceduri similare pot fi utilizate cu tulburarea dismorfica a corpului. In cele din urma, unele studii sugereaza ca inhibitorii selectivi ai serotoninei pot fi eficienti in unele cazuri in reducerea gandurilor obsesionale si comportamentelor compulsive (Phillips & Najjar, 2003).

HIPOCONDRIA

Hipocondria este caracterizata prin temeri persistente de a avea o boala serioasa pe baza unor interpretari gresite ale unui sau mai multor simptome ale corpului, in ciuda asigurarilor medicale (Asociatia Americana de Psiatrie, 2000). Desi tulburarea poate incepe la orice varsta, instalarea ei este mai comuna in copilaria timpurie si aproximativ 5% din populatia generala este afectata de aceasta conditie (Asmundson si colaboratorii, 2001). Pacientii hipocondrici au o rata crescuta de comorbiditate psihiatrica, incluzand tulburare de anxietate generalizata, distimie, tulburare depresiva majora, tulburare de somatizare si tulburare de durere (Barsky, Wyshak & Klerman, 1992). Acesti pacienti tind sa fie clienti frecventi ai serviciilor medicale si exista pentru ei potentialul de a manifesta tulburari iatrogene din investigatiile repetate.

Etiologia hipocondriei nu este pe deplin inteleasa. Totusi, teoria cognitiva este adesea citata ca cea mai acceptabila explicatie a hipocondriei. Aceasta teorie sustine ca indivizii cu hipocondrie exagereaza senzatiile fizice obisnuite si anormalitatile minore, cum ar fi bataile neregulate ale inimii, transpiratie, tusea ocazionala, un loc dureros sau o durere de stomac, vazandu-le pe acestea ca pe dovezi ale credintei lor ca se intapla ceva ingrijorator cu ei (Davison si colaboratorii, 2005). Curent, tendinta cercetarilor in ceea ce priveste hipocondria este de a se concentrarea de anxietate mai curand decat pe hipocondrie in sine. Asmundson si colaboratorii (2001, p. 4) devineste tulburarea de anxietate ca „Tulburarea de sanatate legata de temeri si credinte, bazata pe interpretari, sau

probabil mult mai adesea, interpretari gresite, ale semnelor si simptomelor corpului ca fiind indicatori ai unei boli serioase.” Tulburarea de anxietate nu este limitata la hipocondrie, ci este de asemenea legata de anxietate si tulburari ale dispozitiei si reprezinta, atat hipocondria cat si bolile fobice.

Tratamentul psihologic, in special terapia cognitiv-comportamentala este considerat ca prima alegere de interventie cu hipocondricii (Looper & Kirmayer, 2002) Unii pacienti hipocondrici au dovedit efecte pozitive la medicatia antidepresiva cum ar fi clomipramine, fluvoxamine, imipramine si paroxetine (First & Tasman, 2004). Heapsi Aravind (2002) au sugerat utilizarea hipnoterapiei cu hipocondricii, in termenii unui control direct al simptomului, corectand tendintele attentionale si corectand tendintele interpretative.

TULBURAREA DE CONVERSIE

Tulburarea de conversie este caracterizata prin simptome sau deficite afectand functia voluntara, motorie sau senzoriala care nu sunt pe deplin explicate de conditia neurologica sau de alte conditii medicale sau de efectele directe ale unor substante (First si Tasman, 2004). Factorii psihologici sunt cunoscuti a fi asociati cu instalarea, exacerbarea sau mentinerea simptomului. Natura psihologica a simptomelor este clar demonstrata de faptul ca ele apar brusc in situatii stresante, permitand individului sa evite o anume activitate sau responsabilitatea sau de a primi atentie negativa dorita (Davison si colaboratorii, 2005). Totusi, simptomele nu sunt produse sau simulate intentionat; aceasta inseamna ca individul nu inventeaza constient un simptom pentru recompensare externa ca in boala, sau pentru recompensare intrapsihica a sumarii unui rol de bolnav ca in tulburarea factice (First si Tasman, 2004). Termenul *conversie* a fost la origine utilizat de Freud care a presupus ca energia psihica a instinctului reprimat isi schimba directia in canale senzorio-motorii si functionarea blocata. Freud a vazut astfel anxietatea si conflictul ca fiind convertit in simptome fizice.

Prevalenta ratei tulburarii de conversie este estimata a fi de aproximativ 0,3% din populatia generala, respectiv 1-3% sin pacientii medicali externi si 1-4,5% din pacientii neurologici si pacientii medicali spitalizati (Toone, 1990). Instalarea se face tipic in adolescenta si mai mult la femei decat la barbati (Davison si colaboratorii, 2005).

Tulburarea de conversie este dificil de tratat pentru ca pacientii nu cred ca este ceva gresit cu ei din punct de vedere psihologic. Multe forme de terapie,

incluzand terapia coportamentala, cognitiv-comportamentala, cea bazata pe sugestie, terapia psihodinamica, terapia fizica si biofeedback-ul au fost utilizate in tulburarea de conversie. Desi cazurile bazate pe evidenta au fost avansate pentru a sustine eficienta, nu exista un acord cu privire la cea mai eficienta terapie pentru simptomele de conversie (Moene si colaboratorii, 2003). Pentru a examina eficienta hipnoterapiei in tulburarea de conversie, Moene si colaboratorii (2003) au adresat intamplator 44 de pacienti externi cu tulburarea de conversie de tip motor, fie hipnozei, fie terapiei de intocmire a listei de asteptare. Ei au descoperit ca hipnoza este eficienta in reducerea disabilitatii motorii si simptomelor comportamentale asociate cu conversia motorie. Chaves (1996) furnizeaza o descriere detaliata a utilizarii strategiilor hipnotice in tulburarile somatoforme, care poate fi usor adaptata la tulburarea de conversie.

TULBURAREA DE SOMATIZARE

Caracteristicile clinice si epidemiologia tulburarii de somatizare

Tulburarea de somatizare care s-a referit istoric la isterie sau sindromul lui Briquet, reprezinta in DSM-IV distilarea unei lungi lupte de a defini sindromul complex cu multe fatete, descris pentru prima data de Briquet in 1859. In DSM-IV, tulburarea de somatizare este caracterizata prin plangeri somatice multiple, fara o cauza aparent fizica (Davison si colaboratorii, 2005) Pentru a indeplini criteriile din DSM-IV, pacientul trebuie sa aiba:

1. O istorie de cel putin patru simptome de durere in diferite amplasari sau functii (de ex. Cap, abdomen, spate, articulatii, extremitati, piept, rect, in timpul menstruatiei, in timpul activitatii sexuale sau in timpul urinarii).
2. Doua simptome gastrointestinale, altele decat durerea (de ex. Greata, balonare, voma altele decat cele din timpul sarcinii, diaree sau intoleranta la diferite alimente).
3. Un simptom sexual sau reproductiv altul decat durerea (de ex. Indiferenta sexuala, disfunctie erectila sau ejaculatorie, menstrue neregulate, sangerare menstruală excesiva, voma pe tot parcursul sarcinii).
4. Un simptom sau deficit pseudoneurologic (de ex. Acelea ale tulburarii de conversie)
5. Simptome incepute inainte de varsta de 30 de ani si care persista dupa o perioada sau cativa ani.

Aceste simptome sunt mult mai patrunzatoare si mai tulburatoare decat plangerile hipocondriei si simptomele specifice variaza in functie de cultura. De

exemplu, tulburarea a fost gasita ca fiind mult mai prevalenta in culturile in care exprimarea emotiilor este descurajata (Ford, 1995). Prevalenta in timpul vietii a tulburarii de somatizare este de la 0,2 % la 2% printre femei si mai putin de 0,2% la barbati din populatia generala (Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000). Prevalenta este mult mai inalta (1-5%) in asezarile medicale, deoarece pacientii cu tulburare de somatizare cauta activ ajutor medical (Simon & Gureje, 1999). Conditia incepe in mod tipic in copilaria timpurie si pare sa provina din familie; este gasita la aproximativ 20% din rudele de gradul I (Guze, 1993).

Tulburarea de somatizare este caracterizata prin plangeri medicale si psihiatrice excesive. La fel de multi au diagnostice comorbide pe axa I, incluzand tulburare depresiva, distimie, tulburare de panica, fobie simpla si abuz de substante (Katon si colaboratorii, 1991). Mai mult de 50% din pacientii cu tulburare de somatizare sunt estimati ca indeplinesc criteriile diagnosticului unei tulburari depresive majore (Simon & Von Korff, 1991). Clusterul B – al tulburarii de Personalitate (antisociala, borderline, histrionica si narcisista) este folosit in diagniza psihiatrica si clusterul C (Evitanta, dependenta si obsesiv-compulsiva) in situatiile de ingrijire primara – sunt de asemenea comune la pacientii cu tulburare de somatizare (Rost si colaboratorii, 1992). Multi pacienti cu tulburare de somatizare pot de asemenea avea simptome explicate medical. De exemplu, pacientii cu cancer pot avea simptome de somatizare comorbida. In plus, pacientii cu tulburare de somatizare au adesea probleme sociale multiple sau stiluri de viata haotice , caracterizate prin relatii interpersonale sarace , tulburate sau comportament dificil , abuz de substante si tulburari ocupationale si sociale semnificative (vezi Abbey , 2006). Tulburarea de somatizare este o tulburare fluctuanta, dar cronica , rareori fiind in remisie completa si multi pacienti experimenteaza boala sau tulburare iatrogena , secundar investigatiilor diagnostice necesare , polifarmaciei si polichirurgiei (Abbey, 2006). Un studiu a descoperit ca pacientii cu tulburare de somatizare utilizeaza de noua ori mai mult din costurile de sanatate din S.U.A. (Smith , Monson si Ray, 1986). Pilowsky (1969) utilizeaza fraza „comportament de boala anormal” pentru a descrie comportamentele disfunctionale (utilizarea disproportionata si utilizarea gresita a serviciilor de sanatate) , in care pacientii cu hipocondrie si somatizare se angajeaza . Conform lui Pilowsky , comportamentul de cautare inadecvata a serviciilor de sanatate este motivat de teama de boala si/sau recompensele potentiale ale” rolului de bolnav” (Woolfolk si Allen, 2007).

Comportamentul de boala anormal al pacientilor cu tulburare de somatizare este de asemenea vazut acasa si in situatiile ocupationale . Din cauza disconfortului lor , oboseala si/sau frica de exacerbare a simptomelor lor , pacientii cu tulburare de somatizare se retrag atat din activitatile productive, cat si din cele care provoaca placere . Allen si colaboratorii (2006) au descoperit ca 36-83% din acesti pacienti

sunt someri si 18-60% primesc plata pentru disabilitate din partea angajatorului lor sau din partea guvernului . De fapt, tulburarile functionale sunt atat de substantiale , incat pacientii cu tulburare de somatizare petrec intre doua pana la sapte zile in pat pe luna (Katon si colaboratorii, 1991).

Modelul integrat al tulburarii de somatizare

Multe teorii au fost propuse pentru a explica cauza tulburarii de somatizare , dar nici una nu a furnizat o teorie stiintifica completa bazata pe cercetare empirica. Brown (2004) a incercat sa furnizeze cel mai unificat si comprehensiv model conceptual al tulburarii de somatizare , bazat pe teorii si cercetare care provin din psihologia cognitiva. In particular , modelul sau este derivat din cercetarea asupra rolului diferitelor mecanisme attentionale in formarea continuturilor constiintei si controlarii gandului si actiunii. Acest model informeaza si ghideaza abordarea hipnoterapiei cognitive pentru tratarea simptomelor de somatizare descrise in acest capitol. Modelul lui Brown nu este un nou model al tulburarii de somatizare , ci o extensie a modelelor existente . Modelul sau este integrativ in sensul ca, acomodeaza elementele de baza ale disocierii , conversiei si conceptele somatizarii cu un cadru explicativ comun. Totusi, modelul nu este restrans la tulburarea de somatizare , incearca sa explice somatizarea functionala implicata in cateva tulburari somatoforme si disociative din DSM-IV, incluzand tulburarea de durere , tulburarea de conversie , tulburarea de somatizare , amnezia disociativa si fuga disociativa . Modelul lui Brown furnizeaza un punct de vedere general , care poate fi acomodat la fiecare sindrom somatoform specific. In plus, desi exista mecanisme comune care insotesc diferite simptome neexplicate medical , fiecare caz este probabil moderat de o varietate de factori si din acest motiv , procesele similare pot sa nu fie implicate in crearea si mentinerea cazurilor similare . Modelul este pe scurt revizuit aici cu accentuarea asupra tulburarii de somatizare.

Modelul integrativ al lui Brown al simptomelor neexplicate medical are doua scopuri principale : furnizeaza o descriere precisa si mecanicista a modului cum este posibil sa experimentam simptome obligatorii in absenta unei patologii insotitoare ; si clarifica modul cum dezvoltarea si mentinerea simptomelor neexplicate sunt moderate de diferiti factori de risc (Brown, 2004). Modelul poate fi convenient discutat sub cinci titluri :

- Atentie, constiinta si control
- Alterari in perceptie si control
- Origini ale smecheriilor reprezentarilor
- Dezvoltarea simptomului de cronicitate
- Atentie concentrata pe corp

Atentie, constiinta si control

Procesarea informatiei implica un lant complex de analize senzoriale , perceptuale, semantice si de memorie . La un moment dat , *sistemul cognitiv* este inundat cu informatie si apare functia *sistemului attentional* de a directiona actiunea si de a selecta informatia relevanta pentru mai multa procesare . Acest proces de selectie decurge din informatia cea mai activa disponibila in sistemele senzorial , perceptual si de memorie care sunt facute sa apara prin primirea unui sens al datelor pentru a produce controlul compartamentului de rutina si mai multa procesare la nivelele mai inalte ale sistemului . Raspandirea paralela a activarii in sistemele perceptual si de memorie genereaza un numar de ipoteze perceptuale , fiecare reprezentand o posibila interpretare a stimulilor lumii bazat pe o experienta anterioara (Marcel, 1983) . Cea mai activa ipoteza perceptuala este atunci selectata de sistemul attentional primar pentru a furniza o descriere a functionarii mediului pentru controlul actiunii . Totusi, sistemul attentional primar este influentat de cativa factori , incluzand natura sensului datelor disponibile; activarea reprezentarilor concurente si complementare in memorie ; selectia pragului ipotezei perceptuale in chestiune ; si coborarea input-ului de la nivelul inalt de atentie (Brown , 2004). In acest model , comportamentele de rutina sunt controlate automat sau fara efort constient de *schema* insotitoare (sistemele ierarhice ale reprezentarilor cognitive) sau de sistemul attentional secundar sau volitional (constient) , moderand cognitiile care afecteaza indirect schema .

Alterari in perceptie si control

Cercetarea asupra procesarii cognitive are un numar de implicatii pentru intelegerea tulburarii de somatizare . In primul rand, ea sugereaza ca, comportamentele sunt guvernate de sistemele de control nonvolitionale si de aceea, disocierea functionala intre experienta si actiune poate aparea usor. In al doilea rand, ea demonstreaza ca , constientizarea subiectiva este o constructie sau interpretare a lumii , mai curand decat o reflectare a realitatii obiective. Acest lucru indica faptul ca, uneori , poate sa nu fie o reflectare directa intre datele senzoriale si continuturile experientei subiective , acest fenomen fiind ilustrat de halucinatii , perceptii gresite , hipnoza, efectele placebo, anumite iluzii si mecanismele de defensa (Hilgard , 1977; Wall, 1993) . Aceste fenomene sunt marcate de faptul ca experienta perceptuala poate fi supradeterminata de informatia anterioara (de exemplu, amintiri)si inmagazinate in schema si ele reprezinta un model obligatoriu pentru tulburarea de somatizare. In acest model , simptomele neexplicate apar cand sistemul attentional primar selecteaza cronologic informatia inadecvata in timpul selectiei attentionale si procesarii controlului automat . Cu alte cuvinte , desi datele senzoriale sunt reprezentate gresit , experienta subiectiva este

considerata valida (simptomele „reale”), deoarece individul nu are acces introspectiv la inferentele facute in timpul crearii experientei si controlului actiunii. Natura simptomului care rezulta este determinata de tipul de informatie implicata in proces.

Modelul propus de Brown (2004) este consecvent cu teoria contemporana a disocierii , care sustine ca simptomele neexplicate sunt generate preconstient de mecanismele impuscarii attentionale (de exemplu, Ludwig , 1972; Sierra si Berrios , 1999) . De asemenea, a fost prinsa ideea originala a lui Janet ca simptomele neexplicate reflecta o distorsiune in constientizare, rezultand din informatia care a devenit „blocata” in sistemul cognitiv. Mult mai important , modelul presupune ca exista disociere orizontala intre diferitele nivele de procesare in sistemul cognitiv. Aceasta presupunere explica paradoxul inherent in toate simptomele somatoforme ca pacientii nu sunt capabili sa controleze perceptia, cognitia sau actiunea lor, in ciuda incercarilor repetate si oneste de a exercita controlul .

Originile smecheriilor reprezentarilor

Brown (2004) utilizeaza conceptul de „smecherie a reprezentarii” pentru a explica natura psihogena a simptomelor neexplicate. Plangerile somatoforme nu sunt provocate de tulburari in hardul neurologic ; ele constituie alterari ale imaginii corpului generate de interpretari gresite ale informatiei in sistemul cognitiv. In acest model, termenul de „smecherie a reprezentarii” este utizat ca o eticheta generica pentru informatia inadecvata selectata de sistemul attentional primar . Este afirmat ca „ orice informatie din sistemul cognitiv , privind natura simptomelor fizice poate furniza o baza pentru dezvoltarea unei plangeri neexplicate „ (Brown, 2004 , p.802).

Smecheriile reprezentarii sunt capatate din diferite surse , incluzand expunerea directa la starile fizice ale sinelui (pacientii cu somatizare au adesea o istorie de boli fizice); expunerea indirecta la starile fizice ale celorlalti (multi pacienti cu somatizare au fost expusi la nivele anormale de boala in familia de provenienta); transmiterea socioculturala a informatiei despre sanatate si boala (simptomele „adevarate” sunt adesea formate de conceptiile socioculturale despre boala); si sugestii verbale directe (autosugestii si heterosugestii pot produce fenomenul hipnotic al simptomelor somatoforme).

Dezvoltarea simptomului de cronicitate

Dat fiind toate posesiunile smecheriilor reprezentarilor pentru plangere somatoforma potentiala , modelul identifica atentia concentrata pe sine pentru a lua

in considerare efectul diferential si cronicitatea acestei conditii . Conform acestui model, orice factor care serveste la cresterea atentiei concentrate pe simptom va contribui la dezvoltarea si mentinerea unor simptome neexplicate medical . Acesti factori includ atribuirea gresita a simptomelor la bolile fizice (experimentarea de catre pacient a simptomelor si raspunsul lui comportamental la ele influenteaza interpretarea simptomatologiei), afectul negativ (cresterea atentiei concentrate pe simptom) , grija si ruminarea cu privire la boala (conducand la „sindromul attentional cognitiv” caracterizat prin ruminarea , grija si concentrarea pe simptom cronic; coping maladaptativ ; si reducerea resurselor procesarii centrale), comportamentul de boala (angajare in „verificare”, consultare medicala , cautarea informatiei, cautarea asigurarii , evitarea si cautarea doctorului, directionarea atentiei catre corp) si anumite trasaturi de personalitate (de exemplu, afectivitate negativa , susceptibilitate hipnotica inalta).

Atentia concentrata pe corp

Pacientii cu somatizare raporteaza o incidenta semnificativa a abuzului emotional si fizic cronic comparativ cu ceilalti subiecti (de exemplu, Brown, Schrag si Trimble , 2005) . Modelul considera atentia concentrata pe corp ca fiind o trasatura a evitarii afectului si activitatii cognitive asociate cu evenimente traumatice ca abuz fizic, sexual sau emotional. Dezvoltarea unor simptome somatice, de asemenea furnizeaza o cale a exprimarii afectului negativ fara recunoasterea sursei sale psihosociale. In plus, simptomele pot fi mentinute de avantajele suplimentare conferite individului , cum ar fi castigurile secundare , intarirea pozitiva (de exemplu, suport emotional mai mare) si intarirea negativa (de exemplu, prevenirea revictimizarii) .

Cercetarea rezultatului tratamentului

Abordarile de tratament , fie farmacologice, fie psihosociale , pentru tulburarea de somatizare au fost tintite mai mult catre managementul simptomelor , mai curand decat catre tratarea bolii (First si Tasman, 2004).

Tratamentul farmacologic

In ciuda utilizarii frecvente a medicatiei si a corpului mare de cercetare asupra tratamentului farmacologic in tulburarea de somatizare , dovada eficacitatii pe termen lung in tulburarea de somatizare lipseste (Woolfolk si Allen, 2007). Totusi, datele din cercetarile clinice controlate furnizeaza (efectiv moderate) suport pentru utilizarea amitriptilinei , duloxetine-ului (inhibitori selectivi ai

serotoninei si norepinefrinei) , alosetron-ului si tegaserod-ului (medicatie serotonergica) evidentiaza reducerea somatizarii si simptomelor asociate (Woolfolk si Allen, 2007; pentru revizuii detaliate vezi Arnold, Keck si Welge , 2000; Jailwala, Imperiale si Kroenke , 2000; Klein , 1988; Whiting si colaboratorii, 2001).

Tratamentul psihosocial

Interventiile psihosociale pentru tratarea tulburarii de somatizare au fost subiectul unor studii controlate , care includ terapia dinamica pe termen scurt, antrenamentul de relaxare , regimul exercitiilor , terapia comportamentala, terapia cognitiva si terapia cognitiv-comportamentala. Datele indica faptul ca in general, interventiile psihosociale sunt moderat eficiente in reducerea simptomelor fizice asociate cu spectrul tulburarilor de somatizare si imbunatatirile persista mai mult de un an dupa tratament (Woolfolk si Allen , 2007). Totusi, niciuna dintre interventiile psihosociale nu pare sa fie superioara una alteia . Woolfolk si Allen (2007) cred ca lipsa diferentei in eficacitatea dintre tratamentele psihosociale se poate datora unei mari suprapunerii a tehnicilor interventiilor (de exemplu, relaxare , schimbarea comportamentului maladaptativ, strategii de rezolvare a problemei , exercitiul fizic s.a.m.d.)

Allen si colaboratorii (2006) au examinat eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale in tulburarea de somatizare deplina . Ei au condus o cercetare a tratamentului controlat randomizata in care 84 de pacienti diagnosticati cu tulburare de somatizare completa au primit fie ingrijire medicala standard augmentata, fie zece sedinte de terapie cognitiv-comportamentala. Ingrijirea medicala standard augmentata a constat din ingrijire medicala standard suplimentata de consultatii psihiatrice , care s-a considerat ca sunt bazate pe evidenta, pe practica (Mayou si colaboratorii, 2005). Terapia cognitiv-comportamentala a constat din antrenament de relaxare , modificarea comportamentului, constientizare emotionala, restructurare cognitiva si antrenament al indemanarilor interpersonale . Rezultatele au arata ca terapia cognitiv-comportamentala a produs imbunatatiri semnificative ale simptomelor de somatizare si functionarii peste si mai sus decat acelea obtinute din ingrijirea medicala standard augmentata . Imbunatatirile au fost observate imediat dupa 10 sedinte de tratament si au persistat timp de un an . Aceasta inseamna ca doar tratamentul psihologic s-a dovedit a fi eficient in tulburarea de somatizare intr-o cercetare metodica adecvata controlata randomizat.

Bazat pe descoperirile studiului lor, Woolfolk si Allen (2007) au dezvoltat o

abordare de tratament psihosocial multipla numita *terapie cognitiv-comportamentala afectiva* pentru tratarea tulburarii somatoforme . Terapia cognitiv-comportamentala afectiva include interventii cognitive, experientiale, interpersonale si comportamentale. Aceasta abordare de tratament este consonanta cu conceptualizarea biopsihosociala a tulburarii de somatizare , care accentueaza interactiunea fiziologiei , cognitiei, emotiei, acceptarii , comportamentului si mediului in provocarea si mentinerea simptomelor. Hipnoterapia cognitiva descrisa in restul capitolului integreaza componentele terapiei cognitiv-comportamentale afective cu hipnoterapia in managementul tulburarii de somatizare .

HIPNOTERAPIA COGNITIVA PENTRU TULBURAREA DE SOMATIZARE

Deoarece modelul tulburarii de somatizare descris in acest capitol include elemente ale disocierii, conversiei si somatizarii , ar parea intuitiv sa utilizam hipnoterapia in managementul simptomelor neexplicate medical. Desi nu exista nici o cercetare clinica randomizata a tratamentului bazat pe hipnoza pentru tulburarea de somatizare , raportata in literatura, exista cateva motive pentru combinarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala.

In primul rand, multi psihiatri, cum ar fi Charcot, Janet, Breuer si Freud au tratat cu succes pacientii cu tulburare somatoforma prin hipnoza si au observat similaritati intre raspunsul hipnotic si somatizare (Moiene si colaboratorii, 2003). Studii de imagine asupra creierului recente au sustinut ca exista procese neurologice comune impartasite de raspunsul hipnotic si de simptomele somatoforme (Halligan si colaboratorii, 2000; Marshall si colaboratorii, 1997). Aceste descoperiri i-au condus pe multi teoreticieni contemporani sa propuna ca interventiile hipnotice pot fi utile in tratamentul tulburarilor somatoforme .

In al doilea rand, din cauza ca exista similaritati intre mecanismele neurologice implicate in hipnoza si tulburarile somatoforme , pacientii cu somatizare pot in mod particular sa raspunda la sugestiile hipnotice . Este bine stabilit ca pacientii cu tulburari somatoforme au capacitate hipnotica inalta. De exemplu, Bliss (1984) a descoperit ca pacientii cu conversie au un scor de 9,7 pe Profilul Inductiei Hipnotice pe o scala cu 12 puncte. Aceasta descoperire a fost coroborata de Maldonado (1996a,1996b) care l-a condus sa lanseze ipoteza ca pacientii cu tulburare de conversie pot utiliza propria lor capacitate de a disocia , de a inlocui sentimentele emotionale neconfortabile intr-o parte a corpului aleasa ,

care devine atunci disfuncțională. De aceea, Maldonado și Spiegel (2003) au propus ca din moment ce fenomenul hipnotic poate fi implicat în etiologia unor anumite simptome somatoforme , hipnoza poate fi utilizată pentru a controla simptomele . Maldonado și Spiegel sugerează ca hipnoza poate fi utilizată cu cei care suferă de tulburări somatoforme , atât ca un instrument de diagnostic, cât și un adjuvant la tratament.

În al treilea rând, simptomele somatoforme pot fi făcute să apară în timpul hipnozei (Thorn, 1976) , astfel creând expectanță pozitivă și credibilitate în procedurile hipnotice .

În al patrulea rând, așa cum am discutat mai devreme în acest capitol, susceptibilitatea hipnotică , disocierea și conversia joacă un rol important în etiologia tulburării de somatizare. În această conceptualizare a somatizării , pare logic să utilizăm hipnoza pentru a rezolva simptomele .

În al cincilea rând, hipnoterapia a fost raportată de mulți autori ca fiind eficientă în managementul tulburărilor somatoforme (de exemplu , Frankel, 1994; Maldonado și Spiegel, 2003). Deși nu există nici o cercetare clinică controlată randomizată asupra hipnoterapiei pentru tulburarea de somatizare , a fost raportat în literatură tratamentul bazat pe hipnoza utilizat de Moine și colaboratorii (2003) pentru tulburarea de conversie care poate fi ușor adaptat la tratamentul somatizării. În cercetarea lor clinică controlată randomizată asupra tratamentului bazat pe hipnoza pentru tulburarea de conversie de tip motor , Moine și colaboratorii (2003) au descoperit că hipnoza este eficientă în reducerea dizabilității motorii și simptomelor comportamentale asociate cu conversia motorie.

Există de asemenea câteva motive empirice pentru combinarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentală în managementul tulburării de somatizare. Într-o revizuire a literaturii (Schoenberger, 2000) , meta-analiză (Kirsch, Montgomery și Sapirstein, 1995) și studii empirice (Alladin și Alibhai , 2007 ; Bryant și colaboratorii, 2005) au demonstrat faptul că atunci când hipnoterapia este combinată cu terapia cognitiv-comportamentală în managementul tulburărilor de somatizare , efectul crește . În plus, studii bine controlate asupra hipnoterapiei în managementul variatelor condiții medicale au demonstrat eficacitatea clinică a hipnozei (Lynn și colaboratorii, 2000; Pinnell și Covino , 2000). Eficacitatea hipnozei în managementul durerii a fost chiar mai remarcabilă . De exemplu, o meta-analiză a cercetărilor controlate asupra analgeziei hipnotice demonstrează că hipnoterapia poate furniza ușurarea pentru 75% din pacienții studiați (Montgomery, DuHammel și Redd, 2000). Efectul tratamentului a fost larg pentru

pacientii care aveau sugestibilitate inalta la hipnoza . Evaluarea Tehnologiei Sanatatii a Institutului National asupra Integrarii Comportamentale si Abordarilor Relaxarii in Tratamentul Durerii Cronice si Insomniei (1996) a revizuit rezultatul studiilor asupra hipnozei in durere si au concluzionat ca exista o cercetare puternica bazata pe evidenta, ca hipnoza este eficienta in durerea cronica. In mod similar, o meta-analiza revizuieste cercetarea contemporana asupra hipnozei si managementului durerii (Montgomery, DuHammel si Redd , 2000) aratand ca hipnoza indeplineste criteriile Asociatiei Psihologice Americane (Chambless si Hollon, 1998) ca fiind un tratament eficace si specific pentru durere , dovedindu-si superioritatea asupra medicatiei, efectului placebo si a altor tratamente.

Mult mai recent, Elkins , Jensen si Patterson (2007) au revizuit 13 cercetari prospective controlate asupra hipnozei pentru tratamentul durerii cronice , care au comparat rezultatele hipnozei pentru tratamentul durerii cronice cu alte date de baza sau conditie de control . Datele din aceasta revizuire indica faptul ca interventiile hipnozei produc descrestere semnificativa a durerii asociata cu o varietate a problemelor durerii cronice (cancer, probleme ale spatelui, artrita, boli ale celulelor, conditii temporomandibulare, fibromialgia, disabilitate fizica si etiologie mixta , de exemplu durere lombara 15 , durere reumatologica 7, durere cervicala 3, neuropatie periferica 1, durere ginecologica 1). De asemenea, hipnoza a fost gasita, in general, a fi mult mai eficienta decat interventiile nonhipnotice, cum ar fi atentia, terapia fizica si educatia . In mod similar, Hammund (2007), din revizuirea de catre el a literaturii asupra eficacitatii hipnozei in tratamentul durerilor de cap si migrenei (vezi capitolul 4) a concluzionat ca hipnoterapia indeplineste criteriile cercetarii psihologiei clinice ca fiind tratamentul bine stabilit si eficace pentru tensiune si migrena . Hammund a subliniat ca hipnoterapia „este virtual libera de efectele secundare, riscurile reactiilor adverse si de cheltuiala asociata tratamentelor medicamentoase”.

Hipnoterapia cognitiva pentru tulburarea de somatizare combina terapia cognitiv-comportamentala si strategiile hipnotice si tratamentul este extins la 16 sedinte saptamanale de o ora fiecare . Hipnoterapia cognitiva pentru tulburarea de somatizare este destinata specific , intr-un mod structurat , sa testeze utilitatea clinica a adaugarii componentei de hipnoterapie la protocolul de terapie cognitiv-comportamentala evaluat de Allen si colaboratorii (2006) . Un design suplimentar implica o strategie in care tratamentul sa fie testat prin adaugarea unui alt tratament pentru a determina daca tratamentul adaugat produce o imbunatatire sporita dupa prima sedinta de tratament (Allen si colaboratorii, 2006). Cele 16 sedinte saptamanale de hipnoterapie cognitiva care decurg din lucrarea lui Woolfolk si Allen (2007) comprima hipnoterapia , auto-hipnoza, modificarea

comportamentului, restructurarea cognitiva , constientizarea emotionala, inducerea dispozitiei pozitive si antrenamentul indemanarilor interpersonale.

SEDINTA 1

Prima sedinta este dedicata evaluarii clinice si stabilirii scopului. Inaintea initierii hipnoterapiei cognitive este important pentru terapeut sa obtina un istoric clinic detaliat pentru a formula diagnosticul si a identifica aspectele esentiale psihologice , fiziologice, sociale si de mediu ale comportamentelor pacientului intr-un cadru biopsihosocial. Deoarece multi pacienti cu somatizare au un istoric de simptome complexe , evaluarea ar trebui sa fie vazuta ca un proces care apare pe tot parcursul tratamentului (Woolfolk si Allen, 2007) .

Evaluarea clinica

Cel mai eficient mod de a obtine toata aceasta informatie este de a aborda formularea cazului, asa cum a fost descrisa in capitolul 2. Principala functie a formularii cazului este de a schita un plan de tratament eficient . In plus, abordarea formularii cazului permite clinicianului sa translateze si sa croiasca un protocol de tratament nomotetic (general) intr-unul al pacientului individual (idiografic) . Alladin (2007b) a descris in detaliu cum sa conducem formularea cazului hipnoterapiei cognitive pentru a selecta strategiile de tratament cele mai eficiente . Aceasta abordare accentueaza rolul distorsiunilor cognitive, autoinstrucțiilor negative, gandurilor si credintelor automate irrationale , schemelor si ruminarilor negative sau auto-hipnozei negative . Prin conceptualizarea unui caz , clinicianul dezvolta o ipoteza de lucru asupra modului cum problemele pacientului pot fi intelese in termenii unui model integrat al tulburarii de somatizare descrise de Brown (2004). Acest model furnizeaza un ghid pentru intelegerea procesului tratamentului . Dovezile sugereaza ca, potrivirea tratamentului la caracteristicile particulare ale pacientului cresc rezultatul (Beutler, Clarkin si Bongar , 2000).

Pentru a identifica mecanismele care insotesc problemele pacientului cu somatizare , formularea cazului in 8 pasi , derivate din lucrarea lui Alladin (2007b), Ledley , Marx si Heimberg (2005) si Persons , Davidson si Tompkins (2001) poate fi utilizata. Cele 8 componente sintetizate in tabelul 7.1 sunt descrise in detaliu mai jos. Apendicele C furnizeaza un cadru generic pentru formularea cazului hipnoterapiei cognitive si planul de tratament , iar apendicele D furnizeaza un exemplu complet al formularii cazului hipnoterapiei cognitive si planului de tratament pentru Jackie (o pacienta deprimata).

Tabelul 7.1 Formularea cazului in 8 pasi a hipnoterapiei cognitive pentru tulburarea de somatizare

1. Lista simptomelor si problemelor majore in functionare
 - Istoricul medical si psihiatric si informatia sociala fizica si ocupationala sunt revizuite. Este important sa examinam simptomele ca parte a unui context biopsihosocial mai larg si sa le legam apropiat cu tratarea de catre medic sau psihiatru pentru a evita testarea medicala neneesara . Autoevaluarile cum ar fi Chestionarul Simptomului Somatic (SSQ ; Woolfolk si colaboratorii, 1998) si Scala Severitatii Simptomelor Somatice (SSS, Allen si colaboratorii, 2001) pot fi utilizate pentru a evalua severitatea simptomelor. Deoarece pacientii cu somatizare au rate crescute de disstress emotional ,este recomandabil sa evaluam psihopatologia concomitenta , in mod particular anxietatea si depresia.
 - 2. Formularea unui diagnostic formal.
 - Pentru a face un diagnostic adecvat, un interviu structurat , cum ar fi Interviu Clinic Structurat pentru tulburarii axei I din DSM-IV (SCID ; First si colaboratorii, 1997) sau Interviu de Diagnostic International Compozit (CIDI ; Organizatia Mondiala a Sanatatii, 1994) sunt recomandate.
 - 3. Formularea unei ipoteze de lucru
 - Ipoteza mecanismului insotitor care produce problemele listate .
 - 4. Identificarea situatiilor precipitatoare si activatoare .
 - Listarea problemelor curente si stabilirea legaturilor intre mecanismul insotitor si aparitia problemelor curente .
 - 5. Explorarea originii autoschemelor negative
 - Stabilirea originii credintelor profunde din copilarie , evenimentele de viata negative timpurii sau manifestarea simptomelor somatice .Istoricul tratamentului (tratament care a esuat si simptome neexplicate) si predispozitia genetica (diateza) pot de asemenea furniza variate distorsiuni cognitive legate de boala .
 - 6. Sintetizarea ipotezelor de lucru
 - Indica modul cum s-au stabilit sau exacerbat simptomele , modul cum reactioneaza pacientul din punct de vedere emotional si comportamental si cum reactioneaza ceilalti.
 - 7. Schitarea planului de tratament
 - Schiteaza scopurile tratamentului si indica masurile care vor fi utilizate

pentru a monitoriza progresul. Listeaza modalitatile de interventie care vor fi utilizate si indica frecventa sedintelor de tratament. De asemenea, schiteaza terapiile adjuvante care vor fi prescrise .

- 8. Identifica fortele si calitatile si prezice obstacolele pentru tratament.
 - Listeaza fortele si calitatile care pot imbunatati efectul tratamentului. Este de asemenea important sa identifice si sa prezica obstacolele care pot interfera cu rezultatul.
-

Stabilirea scopului

Deoarece cei mai multi pacienti cu somatizare au un lung istoric de simptome neexplicate medical , examinari si investigatii medicale repetate si variate interventii medicale si psihosociale fara rezultat semnificativ , ei se simt confuzi , frustrati , neajutorati si suspiciosi in legatura cu faptul ca niciodata nu va fi mai bine , crezand ca doctorii au renuntat la ei . Clinicienii trebuie sa fie sensibili la aceste sentimente , iar suspiciunea pacientului poate fi ameliorata prin stabilirea unor scopuri realiste . Eu am descoperit ca discutarea urmatoarelor scopuri ale tratamentului cu pacientii le da un sens si o speranta realista.

- Tratamentul poate sa nu vindece conditia , dar va ajuta sa se amelioreze simptomele.
- Abordarea de tratament este bazata pe indemanari; aceasta inseamna ca, concentrarea este pe invatarea pacientilor cum sa conduca simptomele.
- Tratamentul cere colaborarea deplina intre pacient si terapeut.
- Terapeutul serveste ca un ghid sau instructor si pacientul este incurajat sa devina pe deplin angajat , nu doar in invatarea indemanarilor , ci si in punerea lor in practica.
- La o larga extindere, castigurile tratamentului sunt contingente cu temele pentru acasa . Tema pentru acasa este o parte esentiala a interventiei. Tema pentru acasa permite continuitatea intre sedinte si ajuta construirea increderii si distrugerea modelelor de comportament care nu au fost utile in trecut. In plus, tema pentru acasa consolideaza indemanarile invatate si schimbarile fiziologice produse prin hipnoza.

SEDINTA 2

Sedinta 2 este concentrata pe :

1. Revizuirea saptamanii

2. Discutarea motivului pentru tratament
3. Furnizarea unui punct de vedere general asupra tratamentului
4. Stabilirea raportului
5. Revizuirea simptomelor fizice ale pacientului
6. Introducerea formularilor de monitorizare a simptomului
7. Evaluarea sugestibilitatii hipnotice

Revizuirea saptamanii

Desi fiecare sedinta de tratament este inscrisa in agenda si strict structurata, terapeutul ar trebui sa creeze oportunitati , pentru a permite pacientului sa exprime preocuparile sau opiniile. O cale de a face acest lucru este de a revizui saptamana la inceputul fiecarei sedinte inaintea stabilirii agendei pentru sedinta . Revizuirea ar trebui sa acopere impresiile ultimei sedinte (ceea ce a fost sau nu util) , intensitatea simptomelor sau nivelul de distress in timpul saptamanii , nivelul activitatilor interactiunii sociale si a altor preocupari.

Principala concentrare a revizuirii in cea de a doua sedinta se centreaza pe impresia ultimei sedinte si scopurile tratamentului. Revizuirea impresiei primei sedinte permite pacientilor oportunitatea de a exprima atitudinile lor (negative sau pozitive) , rezervele sau optimismul in legatura cu tratamentul si scopurile terapeutice .

Motivul tratamentului

A avea o intelegere clara a motivului pentru utilizarea unui tratament specific genereaza alianta terapeutica , expectatia pozitiva si conformarea pacientilor. Motivul pentru utilizarea hipnoterapiei cognitive la pacientii cu somatizare este discutat in jurul catorva subiecte intr-un limbaj simplu :

- Consecintele fiziologice si psihologice ale stress-ului acut si cronic sunt discutate
- Modul cum stress-ul si supararile emotionale fac sa apara , sa se exacerbeze si sa se mentina simptomele fizice sunt descrise. Este subliniat ca desi simptomele lor sunt fizice , chiar daca nu sunt explicate medical, ei pot fi afectati de stress si factori emotionali.
- Modul cum simptomele fizice, durerea si distressul pot deveni stresori in sine este de asemenea descris.
- Definitia si utilitatea clinica a hipnozei sunt discutate. In tratamentul tulburarii de somatizare , hipnoza este utilizata pentru inducerea relaxarii

- si a unei senzatii de bine ; managementul stress-ului; ameliorarea simptomelor; promovarea vindecarii; si invatarea tehnicilor de auto-hipnoza pentru auto-managementului simptomelor .
- Rolul cognitiilor in tulburarea emotionala este discutat si importanta terapiei cognitive este pusa in lumina favorabila.
 - Importanta indemanarilor interpersonale si implicarea celorlalte persoane semnificative in terapie este mentionata.
 - In sfarsit, rolul temei pentru acasa si al activarii comportamentale este discutat.

Punct de vedere general asupra tratamentului

- Frecventa si durata tratamentului sunt schitate. Tratamentul consta din 16 sedinte saptamanale de cate o ora .
- Abordarea de tratament colaborativa si bazata pe indemanari este accentuata.
- Importanta invatarii si practicarii tehnicilor de auto-hipnoza pentru managementul simptomului .Parte din practica implica ascultarea CD-ului cu auto-hipnoza zilnic.
- Terapia cognitiv-comportamentala va implica de asemenea tema pentru acasa , constand din citirea selectiva , inregistrarea gandirii, practicarea restructurarii cognitive si cresterea activitatilor comportamentale.
- Este de asemenea explicat ca unele sedinte vor fi sedinte de intalnire cu o alta persoana semnificativa si o parte din tema pentru acasa poate implica practicarea indemanarilor sociale si interpersonale.

Stabilirea raportului

Cand tratam pacientii cu somatizare este de o importanta uriasa sa construim o alianta terapeutica. Acest lucru poate fi realizat prin :

- Adoptarea unei atitudini empaticice si nonconfruntationale .
- Ascultarea empatica a descrierii de catre pacient a distressului si simptomelor
- Validarea suferintei si eforturilor pacientului de a face fata simptomelor.
- Reconoasterea frustrarii si dezamagirilor pacientului din lipsa succesului variatelor interventii.
- Accentuarea disconfortului fizic al pacientului in modelul biopsihosocial, mai curand decat sublinierea ca simptomele sunt datorate factorilor psihologici.
- Descrierea motivului pentru utilizarea hipnoterapiei cognitive fara contrazicerea intelegerii de catre pacient a simptomelor sale (Woolfolk si Allen,2007)

Daca pacientul nu vrea sa intre in hipnoterapia cognitiva, terapeutul poate chestiona preocuparile si rezervele pacientului; revizuieste eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale si hipnoterapiei in tulburarea de somatizare subliniind in mod particular schimbarile corticale produse atat de terapia cognitiv-comportamentala, cat si de hipnoza; si incurajeaza pacientul sa urmareasca casete video sau CD-uri cu hipnoza , care ilustreaza puterea mintii asupra corpului, in special pentru controlarea durerii acute (de exemplu, chirurgie sub hipnoza) si durerii cronice . Daca pacientul atribuie simptomele sale unui mecanism biologic necunoscut sau aspectelor toxice ale mediului fizic , Woolfolk si Allen (2007, p.87) sugereaza accentuarea catre pacient ca, chiar daca simptomele sunt provocate de o patologie organica sau agenti de mediu , stressul probabil le exacerbeaza . O astfel de explicatie ne ajuta sa creem variatii in explicarea de catre pacient a simptomelor .

Revizuirea simptomelor

- Revizuirea simptomelor fizice si psihologice majore listate in timpul formularii cazului pe Lista de Probleme (vezi apendicele C si D).
- Evaluarea disconfortului si tulburarii provocate de fiecare simptom .
- Identificarea antecedentelor (stabilire sau aparitie) si consecintelor fiecarui simptom .
- Explorarea ipotezelor pacientului in legatura cu cauzele simptomelor .
- Identificarea gandurilor si sentimentelor pacientului despre simptome, notand credintele disfunctionale .
- Chestionarea rezultatelor si tratamentului pe care pacientul le-a obtinut pentru fiecare simptom.

Introducerea formularelor de monitorizare a simptomului

Motivul pentru si frecventa completarii formularelor de monitorizare a simptomului sunt discutate . Pacientul este introdus in Chestionarul Simptomului Somatic (SSQ ; Woolfolk si colaboratorii, 1998), Scala Severitatii Simptomului Somatic (SSS; Allen si colaboratorii , 2001) , Inventarul de Anxietate a lui Beck (Beck si Steer , 1993c), Scala Lipsei de Speranta a lui Beck (Beck si Steer, 1993b) si Inventarul de Depresie a lui Beck-revizuit (Beck , Steer si Brown, 1996). Una din aceste forme , preferabil fie SSQ, fie SSS, este completata in sedinta pentru a da pacientului o idee asupra modului cum sa-l completeze. Pentru tema pentru acasa , pacientul este incurajat sa completeze formularele.

Evaluarea sugestibilitatii hipnotice

Un test de sugestibilitate hipnotica standard este administrat pentru a evalua nivelul pacientului de sugestibilitate hipnotica. In mod obisnuit este utilizata Scala de Sugestibilitate a lui Barber (BSS ; Barber si Wilson , 1978/79) la pacientii cu somatizare . In modelul conceptualizarii cazului hipnoterapiei cognitive cei cu somatizare sunt considerati a fi inalt sugestibili la hipnoza (Bliss , 1984) care pot prezenta un factor de risc in etiologia unor simptome somatoforme (vezi Maldonado si Spiegel, 2003) . Desi conceptul de sugestibilitate hipnotica este controversat este credinta mea ca pacientii cu somatizare cu o capacitate scazuta de a experimenta hipnoza pot sa nu obtina maximum de beneficiu de la hipnoterapie . Pentru astfel de pacienti , relaxarea sau antrenamentul de imagerie pot fi inlocuite de hipnoza . Testele standard indica nu doar ca pacientii sunt inalt sugestibili, ci de asemenea serveste ca un experiment pentru descoperirea sugestiiilor la care raspunde pacientul . O astfel de informatie ghideaza terapeutul in mestesugirea si furnizarea inductiei congruente si sugestiiilor hipnotice si posthipnotice . De exemplu, daca un pacient a obtinut un scor inalt la „greutatea bratului” si un scor scazut la „ levitatiea bratului” pe Scala de Sugestibilitate a lui Barber , atunci va fi mult mai adecvat sa utilizam sugestii de greutate pentru inductia hipnotica , adancire si sugestii posthipnotice privind auto-hipnoza (Alladin , 2007b, p.103).

SEDINTELE 3 – 4

In a treia sedinta , saptamana este revizuita ; tema pentru acasa este examinata ; hipnoza este introdusa; si tema pentru acasa este trasata (CD cu auto-hipnoza , monitorizarea simptomelor si cresterea activitatilor fizice).

Revizuirea saptamanii

Impresiile ultimei sedinte in mod particular opiniile cu privire la hipnoza si natura biopsihosociala a simptomelor sunt revizuite.

Examinarea temei pentru acasa

Intensitatea simptomelor sau nivelului de distress in timpul saptamanii , ceea ce a fost util si ceea ce nu a fost util , nivelul de activitati , interactiune sociala si alte preocupari sunt luate in considerare .

Introducerea hipnoterapiei

Hipnoterapia cognitiva pentru tulburarea de somatizare decurge din manualul de tratament dezvoltat de Woolfolk si Allen (2007) prin utilizarea hipnoterapiei in schimbul antrenamentului de relaxare . La fel ca in celelalte tulburari descrise in aceasta carte , componenta de hipnoterapie este utilizata pentru a furniza parghia pentru tratamentul psihologic (Alladin , 2006a, 2007b) si a preveni recaderile (Alladin , 2006b ; Alladin si Alibhai , 2007). Hipnoterapia este specific utilizata in tulburarea de somatizare pentru a induce relaxarea ; pentru a produce schibari somato-senzoriale ; pentru a demonstra puterea mintii ; extinde constientizarea ; pentru intarirea eului ; pentru a invata autohipnoza ; a furniza sugestii posthipnotice ; si a accesa procesele psihologice inconstiente . Principala concentrare a sedintelor 3-5 este de a demonstra pacientului ca hipnoza poate fi usor utilizata pentru a induce relaxarea si a obtine o senzatie de control . Sedintele 6-7 se concentreaza pe ameliorarea simptomului , iar sedintele 8-9 sunt dedicate restructurarii cognitive sub hipnoza si explorarii inconstientului .

Antrenamentul de relaxare

Unul din principalele scopuri ale utilizarii hipnozei in tulburarea de somatizare este de a induce relaxarea. Pacientii cu somatizare experimenteaza nivele inalte de anxietate asa cum exista in suprapunerea dintre tulburarea de somatizare si tulburarile de anxietate. First si Tasman (2004, p.980-1) au observat ca pacientii cu tulburare de somatizare

se plang frecvent de aceleasi simptome somatice ca indivizii cu tulburari de anxietate , cum ar fi tensiunea musculara crescuta , trasaturi ale hiperactivitatii autonome si chiar discrete atacuri de panica .La fel ca indivizii cu tulburare de anxietate , pot raporta preocupari irrationale cu privire la boala si plangeri somatice ca celea implicate in functionarea gastrointestinala care sunt in mod comun vazute in tulburarea de somatizare.

In plus, pacientii cu durere cronica au prezentat tensiune musculara (care provoaca ciclul durerii musculare; Linton , 1994) si starnire fiziologica generalizata sau reactivitate (Rief , Shaw si Fichter, 1998) . Din aceste motive, pacientii cu somatizare obtin beneficii semnificative din invatarea tehnicilor de relaxare.S-a descoperit ca relaxarea intrerupe ciclul durerii musculare (Linton , 1994) si reduce starnirea fiziologica generalizata sau reactivitatea (Rief, Shaw si Fichter, 1998) la pacientii cu durere cronica.

Prin invatarea de a se relaxa , pacientii cu somatizare pot descreste starnirea

simpatica sau supraactivitatea , pot conduce raspunsul fiziologic , asociat cu simptomele , reduce stressul si imbunatati sentimentele de autoeficacitate si control (Bernstein, Borkovec si Hazlett – Stevens , 2000). In plus, prin inducerea relaxarii , hipnoza reduce anxietatea si creaza un sentiment de bine, astfel furnizand celor cu somatizare dovada ca ei se pot relaxa , calma , ca ei pot modifica simptomele lor si se pot simti diferit. Aceste experiente creaza un sentiment de control si promoveaza expectanta pozitiva si o puternica alianta terapeutica .

O varietate de metode hipnotice sunt disponibile pentru inducerea relaxarii (vezi Allen , 2004). Eu utilizez *relaxarea cu metoda numararii* adaptata dupa Gibbons (1979 ; vezi apendicele E)pentru inducerea si adancirea transei hipnotice.

Am alesaceasta tehnica deoarece este usor de adaptat pentru antrenamentul de auto-hipnoza (Alladin, 2007b). Majoritatea pacientilor cu somatizare gasesc inductia hipnotica foarte relaxanta si care le da putere si sunt foarte surprinsi sa descopere ca este asa de usor sa se relaxeze si sa lase ca totul sa treaca. Mai mult, aceasta experienta le da increderea ca ei pot intrerupe secventele/ciclurile anxioase din viata lor. Scenariul hipnoterapeutic din Apendicele D furnizeaza cateva exemple de tipuri de sugestii hipnotice care pot fi utilizate pentru inducerea relaxarii profunde.

Producerea schimbarilor somatosenzoriale

Hipnoza serveste ca un instrument psihoterapeutic puternic pentru producerea unei experiente holiste sau *cognitii sincretice* (Alladin, 2006a), care consta dintr-o varietate de schimbari cognitive, somatice, perceptuale, fiziologice, viscereale si kinestezice. Inductia si modularea cognitiei sincretice furnizeaza o dovada dramatica pentru pacientii cu somatizare ca simptomele pot fi de asemenea schimbate si modulate. DePiano si Salzberg (1981) cred ca aceasta experienta pozitiva este larg responsabila pentru producerea schimbarilor rapide si profunde in comportament, emotie, cognitie si fiziologie la unii pacienti care au fost supusi unei experiente de inductie hipnotica.

Demonstrarea puterii mintii

Variatele proceduri hipnotice, cum ar fi catalepsia, halucinatia si amnezia pot fi induse pentru a demonstra controlul interior al pacientilor. Eu in mod obisnuit induc catalepsia ochilor si a corpului pentru a demonstra puterea mintii asupra corpului. Astfel de demonstratii reduc scepticismul cu privire la hipnoza, permit

adoptarea unei expectante pozitive si induce increderea pacientilor ca ei pot produce schimbari fizice si comportamentale semnificative (vezi capitolul 3). Reducerea scepticismului si insuflarea sperantei sunt in mod particular importante cand tratam pacientii cu tulburare de somatizare. Acesti pacienti au un lung istoric de tratamente esuate si sunt obisnuiti sa fie concediati de furnizorii variatelor servicii de sanatate. Demonstrarea catalepsiei stabileste credibilitatea terapiei psihologice pentru tulburarea de somatizare si ratifica importanta hipnoterapiei. Cu cat mai credibil si mai puternic este perceput tratamentul de catre pacient, cu atat mai bun va fi rezultatul tratamentului (DePiano si Salzberg, 1981).

Pentru a evita esecul. Inductia catalepsiei ochilor si corpului este recomandata cand pacientul este intr-o stare de transa profunda. Aici este un exemplu de scenariu care poate fi utilizat pentru a induce catalepsia ochilor si a corpului in timp ce pacientul este intr-o transa profunda.

Devii acum atat de profund relaxat si estio intr-o transa atat de profunda, incat mintea ta devine atat de puternica si atat de sensibila la ceea ce eu spun, incat vei fi capabil sa simti, sa experimentezi si sa-ti imaginezi tot ceea ce eu iti cer sa simti, sa experimentezi si sa-ti imaginezi.

Acum, as vrea sa te concentrezi asupra ochilor tai. Imagineaza-ti ca ochii tai sunt strans lipiti si pleoapele tale sunt grele, grele ca plumbul. Pleoapele tale se simt grele, grele si lipite impreuna, ca si cum ar fi na. Pleoapele tale sunt atat de grele, lipite impreuna, sudate impreuna, astfel ca atunci cand numar de la UNU la TREI, nu vei fi capabil sa deschizi ochii, oricat de mult ai incerca. Dar vei gasi aceasta experienta destul de amuzanta mai curand decat alarmanta, si faptul de a nu fi capabil sa deschizi ochii indica cat de puternica este mintea ta.

UNU..... pleoapele tale sunt lipite impreuna.

DOI..... pleoapele tale sunt lipite impreuna sunt sudate impreuna.

TREI..... ochii tai sunt atat de strans lipiti impreuna incat simti ca nu-ti poti deschide ochii. Cu cat incerci mai mult, Cu ata ei devin mai lipiti impreuna, facand imposibil ca tu sa-ti deschizi ochii. Incearca..... observa ca nu iti poti deschide ochii. Incearca mai tare..... observa ca nu iti poti deschide ochii..... (*Cand vedeti ca pacientul se lupta sa deschida ochii spuneti*)acest lucru dovedeste puterea mintii tale.

Si, acum as vrea sa te concentrezi asupra corpului tau. Imagineaza-ti ca stai

intins in scaunul asta de ani de zile. Esti in scaunul asta de atat de mult timp incat simti ca esti o parte din scaun. Corpul tau se simte greu, solid, rigid si tu cantaresti o tona. Esti atat de greu, incat simti ca esti blocat in fotoliu..... astfel incat atunci cand numar de la UNU la TREI, cand ajung la TREI nu vei fi capabil sa iesi din fotoliu.

UNU.....Intregul tau corp se simte greu, solid si rigid..... te simti ca si cum ai cantari o tona..... te simti blocat in fotoliu.

DOI..... Picioarele tale se simt grele si blocate in fotoliu. Spatele tau se simte greu si blocat in fotoliu. Umerii tai, gatul tau si capul tau se simt grele si blocate in fotoliu.

TREI..... Intregul tau corp se simte blocat in fotoliu si tu simti ca ai devenit parte din fotoliu..... si simti ca gravitatea de trage in jos, astfel ca simti ca nu te poti ridica din fotoliu. Incearca..... observa ca nu poti..... incearca mai tare, observa ca nu poti.....(*daca pacientul se lupta spuneti*)acest lucru dovedeste ca mintea ta este atat de puternica.

(Aceste raspunsuri catalepticesunt date pentru ca pacientul sa intareasca puterea mintii asupra corpului si sentimentul de control interior).

Lasa-ma sa-ti explic ceea ce am realizat aici. Ai produs catalepsia ochilor si a corpului. Prin catalepsia ochilor inteleg ca t—ai paralizat pleoapele.... astfel incat nu ai putut sa le deschizi. Prin catalepsia corpului, inteleg ca ti-ai paralizat corpul, astfel incat nu ai putut sa te ridici din fotoliu. Daca poti realiza aceasta putere a mintii asupra corpului, atunci vei fi capabil sa utilizezi aceasta putere pentru a rezolva sau conduce dificultatile. In urmatoarele cateva sedinte iti vom arata cum sa utilizezi puterea mintii pentru a lucra cu simptomele tale.

Expansiunea constientizarii

Din cauza concentrarii asupra simptomelor lor, pacientii cu somatizare tind sa se concentreze asupra unei categorii de experiente limitate. Hipnoza poate fi utilizata pentru a extinde constientizarea lor si a amplifica experienta lor. Desi *imbunatarea experientei afective si a expresiei sale* (brown si Fromm, 1986, Hammond, 1998, pp. 322-4), descrisa in capitolul 4 este in general utilizata in depresie, ea poate fi adaptata la tulburarea de somatizare. Tehnica este foarte eficienta in obtinerea constientizarii care insoteste emotiile,, creand constientizarea

varietelor sentimente si intensificand afectul pozitiv. Descoperirea abilitatii de a experimenta o varietate de afecte furnizeaza celor cu somatizare increderea ca ei se pot simti diferit si isi pot modifica simptomele. Alladin (2007b) a argumentat ca hipnoza, prin crearea afectului pozitiv, poate produce cai anti-depresive.

Goldapple si colaboratorii (2004) a furnizat o dovada neuroimagistica functionala pentru a arata ca terapia cognitiv-comportamentala produce schimbari regionale corticale specifice. In mod similar, Kosslyn si colaboratorii (2000) au demonstrat ca hipnoza poate modula perceptia colorata. Investigatiile lor au aratat ca subiectii hipnotizati erau capabili sa produca schimbari in functionarea creierului (masurate prin scanarea PET), similare acelor care apar in timpul perceptie vizuale. Aceste descoperiri sustin ipoteza ca sugestiile hipnotice pot produce schimbari neuronale distincte corelate cu perceptia reala. In plus, Schwartz (1976) a furnizat o dovada electromiografica ca, caile depresive pot fi dezvoltate prin concentrarea pe constiinta negativa. Aceasta investigatie l-a condus sa creada ca daca este posibil sa producem cai depresive prin concentrarea pe cognitia negativa, atunci va fi posibil sa dezvoltam cai anti-depresive sau fericite prin concentrarea pe imageria pozitiva (Schwartz, 1984). Din dovada anterioara nu va fi nerezonabil sa inferam ca afectul pozitiv si imaginile pozitive, cuplate cu sugestii de intarire a eului, produse prin hipnoza si tehnica inducției dispozitiei pozitive pot provoca anumite schimbari corticale in creier la subiectii depresivi la experienta hipnotica pozitiva repetitiva.

Intarirea eului

Principalele scopuri ale furnizarii sugestiilor de intarire a eului pentru pacientii cu somatizare este a creste increderea, abilitatile de coping, imaginea de sine pozitiva, indemanarile interpersoale, stima de sine si auto-eficacitatea (Alladin, 2007b; Hartland, 1971). Deoarece intarirea eului implica repetarea sugestiilor pozitive catre sine, aceste sugestii pot deveni implantate in inconstient, exercitand o influenta automata asupra sentimentelor, gandurilor si comportamentului (Heap & Aravind, 2002). Intarirea eului este incorporata in hipnoterapie pentru a imbunatati increderea in sine a pacientului si grija de sine (Heap & Aravind, 2002). Bandura (1977) a furnizat o dovada experimentală ca *auto-eficacitatea*, expectatia si increderea de a fi capabil sa faca fata cu succes varietelor situatii, imbunatatesc rezultatul tratamentului. Indivizii cu un sentiment inalt de auto-eficacitate tind sa se perceapa ca detinand controlul. Daca cei cu somatizare pot fi ajutati sa se vada ca auto-eficace, ei probabil se vor simti plini de speranta in legatura cu viitorul si acest lucru ii va motiva sa urmeze activ tratamentul.

Scenariul de hipnoza din Apewndicele E furnizeaza o lista a sugestiilor de intarire a eului care pot fi in mod obisnuit utilizate in hipnoterapie cu o variata de conditii medicale si psihologice. Totusi, cand lucram cu pacientii cu tulburare de somatizare, este important sa spunem sugestiile de intarire a eului intr-un asemenea mod incat ele sa para credibile si logice. De exemplu, mai curand decat sa afirmam „Cu fiecare zi te vei simti mai bine”, este recomandabil sa sugeram „Ca un rezultat al acestui tratament si al faptului ca tu asculti caseta/cd-ul cu auto-hipnoza in fiecare zi, vei incepe sa te simti mai bine”. Acest set de sugestii nu suna doar logic, ci de asemenea imbunatatirea devine contingenta cu continuarea terapiei si ascultarea CD_ului de auto-hipnoza zilnic (Alladin, 2006a, 2006b, 2007b). De exemplu:

Esti acum atat de profund relaxat..... esti intr-o transa hipnotica atat de profunda..... incat de simti mai puternic din punct de vedere fizic si in forma cu fiecare zi. La sfarsitul sedintei..... si de fiecare data cand asculti CD-ul..... vei fi mult mai atent..... mult mai constient..... mlt mai energic..... Cu fuecare zi in care inveti sa te relaxezi..... vei deveni mau putin obosit..... mai putin usor de descurajat.... mai putin usor de suparat..... mai putin usor de deprimat. In timp ce iti relaxezi mintea si corpul tau in fiecare zi prin ascultarea CD-ului..... mintea ta, corpul tau si nervii tai vor deveni mai puternici si mai sanatosi..... si ca un rezultat al acestui lucru, simptomele vor deveni mai putin severe, mai putin frecvente, pana cand vor diparea complet.

Sugestiile post-hipnotice

Sugestiile post-hipnotice sunt date pentru a contracara problemele de comportament, emotiile negative si cognitiile disfunctionale, care pot fi considerate ca o forma negativa de auto-hipnoza(Alladin, 2007b; Araoz, 1981). Pacientii cu tulburare de somatizare tind sa rumineze cu auto-sugestii negative, in mod particular cand experimenteaza iptomele (de ex „Durerea este teribila. Nu o pot suporta”) sau cand se simt anxiosi)de ex „Nu voi fi capabil sa fac fata”) sau deprimati (de ex. „Niciodata nu voi fi mai bine”). Aceste auto-afirmatii pot fi considerate ca o forma de auto-hipnoza negativa, care devine parte a durerii, anxietatii si ciclului depresiv. Nolen-Hoeskema si colegii ei (vezi Nolen-Hoeskema, 2002) au furnizat o dovada empirica ca indivizii care rumineaza in legatura cu simptomele lor au amintiri negative si mai tulburate ale trecutului, prezentului si viitorului. Pentru a intrerupe acest ciclu ruminativ este vital sa contracara,m auto-hipnoza negativa.

Aici sunt cateva exemple de sugestii post-hipnotice care pot fi oferite pacientilor cu tulburare de somatizare pentru a contracara auto-hipnoz negativa:

- Caand simti durere, ve deveni mult mai constient de modul cum sa-i faci fata mai curand decat sa te concentrezi pe consecintele durerii.
- Cand decizi sa actionezi pentru a imbunatati viitorul tau, te vei simti motivat sa cresti nivelul tau de activitati.
- In timp ce devii implicat in activitatile tale, vei incepe sa te bucuri ca faci mai multe lucruri.

Multi clinicieni (de ex. Alladin, 2007b; Yapko, 2003) considera sugestiile post-hipnotice ca fiind o parte foarte necesara a procesului terapeutic, deoarece motiveaza pacientii sa exploreze noi experiente si sa incerce noi comportamente in viitor. Ca urmare, multi clinicieni utilizeaza sugestiile post-hipnotice pentru a forma comportamentul pacientilor lor. De exemplu, Clarke si Jackson (1983) considera sugestia post-hipnotica ca o forma de „conditionara inalt ordonata”, care are functii, atat de intarire pozitiva, cat si de intarire negativa pentru a creste sau descreste probabilitatea unor comportamente dorite sau nedorite. Ei au utilizat cu succes sugestiile post-hipnotice pentru a imunatati efectul expunerii in vivo la agorafobici,

Antrenamentul de auto-hipnoza

Hipnoterapia cognitva furnizeaza antrenamentul de auto-hipnoza, practica indemanarilor de auto-ajutor si continuitatea auto-ingrijirii intre sedinte. La sfarsitul primei sedinte de hipnoterapie, pacientului ii este furnizat un CD cu antrenament de auto-hipnoza (constand din scenariul din appendicele E) destinat sa induca relaxarea profunda si un sentiment de bine; sa acorde sugestii de intarire a eului; si sa impartaseasca sugestii post-hipnotice. Invatarea indemanrilor de auto-ajutor antreneaza pacientii cu somatizare in stabilirea increderii in sine si independentei. Conform lui Alman (2001), antrenamentul de auto-hipnoza furnizeaza o trasatura puternica a realizarii increderii in sine si puterii personale.

Cresterea activitatilor

Din cauza durerii fizice si disconfortului emotional, multi pacienti cu somatizare se retrag din activitatile care produc placere si implinire, cum ar fi munca, activitatile sociale, hobby-urile si exercitiul (Woolfolk si Allen, 2007). De aceea o componenta esentiala a hipnoterapiei cognitive este de a incuraja pacientii sa creasca treptat activitatile lor vocationale, recreationale, sociale si de auto-ingrijire. Cresterea activitatilor este in mod particular imprtanta cu pacientii neangajati sau singuri (aceia care traiesc pe cont propriu). Acesti pacienti pot fi incurajati sa se angajeze in activitati pline de semnificatie cum ar fi munca de

voluntariat, sa urmeze un curs sau sa faca un favor prietenilor sau familiei sau sa reia legatura cu ceilalti telefonandu-le sau trimittandu-le un e-mail, sa se intoarca la biserica sau la templu sau sa se duca la club (woolfolk si Allen, 2007). Cresterea activitatilor poate fi imbunatatita prin furnizarea sugestiilor post-hipnotice.

Tema pentru acasa

- Completarea formularului de monitorizare a simptomului pentru fiecare zi.
- Ascultarea CD-ului cu auto-hipnoza in fiecare zi.
- Cresterea activitatilor fizice.

Sedintele 5-7

Aceste trei sedinte se concentreaza pe revizuirea saptamanii; revizuirea temei pentru acasa ;introducerea strategiilor hipnotice pentru ameliorarea simptomului; si trasarea temei pentru acasa . Principala concentrare a acestor doua sedinte de hipnoterapie este de a invata pacientii cum sa utilizeze diferite strategii hipnotice pentru a produce ameliorarea simptomelor .

Revizuirea saptamanii

- Impresia pacientului despre hipnoza , in mod particular demonstrarea puteii mintii asupra corpului sunt discutate .
- Reactia si raspunsul la antrenamentul de auto-hipnoza sunt revizuite.
- Impactul antrenamentului de auto-hipnoza este examinat , in special relatia cu profilul obtinut din completarea zilnica a formularului de monitorizare a simptomului.
- Cresterea nivelului de activitati este monitorizata .

Revizuirea temei pentru acasa (simptome, auto-hipnoza, cresterea activitatilor)

- Revizuirea reactiei pacientului la completarea formularului de monitorizare a simptomului zilnic. Daca pacientul are dificultati in completarea formularului zilnic, se valideaza si se normalizeaza preocuparea si se discuta motivul pentru completarea formularului.
- Se examineaza impactul completarii zilnice a formularului de monitorizare a simptomului asupra pacientului.

- Revizuirea progresului antrenamentului de auto-hipnoza si sensibilitatii de a se confrunta cu obstacole si preocupari pe care pacienul le poate avea ascultand CD-ul de auto-hipnoza zilnic.
- Discutarea impactului auto-hipnozei asupra simptomelor, acordand atentie atat simptomelor somatice, cat si psihologice (de ex. Anxietate si depresie).

Introducerea strategiilor hipnotice pentru ameliorarea simpomului

Demonstrarea puterii mintii asupra corpului (catalepsia ochilor si a corpului) si antrenamenul de auto-hipnoz in timpul utlimelor doua saptamani, au pregatit pacientul pentru urmatoarea etapa de hipnoterapie. Cele doua sedinte de hipnoterapie se concentreaza in special pe modificarea simptomelor si sedintele includ cateva strategii hipnotice, cum ar fi relaxarea profunda; transformarea simptomului; disocierea partilor corpului; si disocierea completa . Desi multe alte tehnici hipnoterapeutice pot fi utilizate , eu am selectat aceste patru tehnici, din cauza ca pacientii cu somatizare le gasesc usor de practicat si ele pot fi usor reproduse de alti terapeuti . Strategiile sunt ilustrate prin descrierea tehnicilor utilizate cu Rick . Rick este un barbat in varsta de 39 de ani cu simptome neexplicate medical multiple , care indeplineste criteriile din DSM-IV pentru tulburarea de somatizare . Simptomele sale includ dureri de cap , durere si sunete in urechi, durere a articulatiei temporo-mandibulare, dureri de spate , durere in genunchi , durere abdominala , greata , constipatie , amorteli in fata si picioare si sentimentul de slabiciune si ameteala, uneori. El are de asemenea instalata o insomnie si simptome de anxietate si depresie .

Relaxarea profunda

Asa cum am mentionat mai devreme relaxarea intrerupe ciclul durerii musculare (Linton,1994) si reduce starnirea si reactivitatea fiziologica generalizata (Rief, Shaw si Fichter,1998). In acest punct al terapiei , raspunsul relaxarii este utilizat pentru a modifica sau ameliora simptomele. Cand Rick este intr-o transa profunda (este foarte susceptibil la hipnoza) urmatoarele sugestii sunt utilizate pentru a descreste sau elimina simptomele sale :

Devii acum atat de relaxat , esti intr-o stare hipnotica atat de profunda, incat mintea si corpul tau sunt complet relaxate . Pur si simplu continua sa simti aceasta senzatie frumoasa de pace si liniste , relaxare si calm , curgand prin fiecare parte a mintii si corpului tau.

Simte aceasta senzatie frumoasa de pace si liniste , relaxare si calm curgand prin fiecare

muschi al corpului tau , relaxand fiecare muschi din corpul tau, usurand fiecare muschi din corpul tau .

Simte aceasta senzatie frumoasa de pace si liniste , relaxare si calm curgand prin fiecare nerv al corpului tau, relaxand fiecare nerv al corpului tau, usurand fiecare nerv al corpului tau .

Simte aceasta senzatie frumoasa de pace si liniste, relaxare si calm, curgand prin fiecare parte a mintii tale, relaxand fiecare colt al mintii tale .

Acum simti aceasta senzatie frumoasa de pace si liniste , relaxare si calm curgand prin fiecare parte a mintii si corpului tau, relaxand fiecare parte a mintii si corpului tau....dandu-ti un sentiment atat de placut in legatura cu mintea si corpul tauun sentiment atat de linistitor in legatura cu mintea si corpul tau....incat simti ca toata durerea si tot disconfortul se elibereaza .

Cand concentrarea tratamentului este asupra ameliorarii sau descresterii simptomelor este recomandabil ca terapeutul sa monitorizeze intensitatea durerii sau disconfortului in mod regulat . Acest lucru implica trei pasi :

1. Stabilirea nivelului de durere sau disconfort la inceputul sedintei.Eu in mod obisnuit utilizez o scala de evaluare subiectiva : „Pe o scala de la 0 la 10 , 0 insemnand a nu avea durere si 10 reprezentand cea mai rea durere , unde este durerea ta acum ?”
2. Stabilirea unui semnal ideomotor: „In timp ce te relaxezi , ocazional iti voi pune cateva intrebari ca sa stiu cum te simti . Dar nu trebuie sa-mi vorbești. Putem comunica cu semnale , astfel incat sa nu tulburam relaxarea ta.Cand iti voi pune o intrebare , daca raspunsul este DA , pur si simplu inclina capul in sus si in jos, iar daca raspunsul este NU , scutura capul dintr-o parte in alta . Astfel, daca iti pun o intrebare si raspunsul este DA , vei inclina automat capul in sus si in jos, fara nici un efort si daca raspunsul este NU vei scutura automat capul dintr-o parte in alta, fara nici un efort....si vei fi capabil sa comunici, fara sa tulburi relaxarea ta” .
3. In timpul procedurii tratamentului evaluarea nivelului de durere sau disconfort in mod regulat sau cand este necesar : „ Unde este durerea ta acum ? Iti voi spune cateva numere si inclina capul tau cand durerea coincide cu numarul”.

Pur si simplu continua sa te bucuri de aceasta senzatie frumoasa de pace si de liniste , relaxare si calm , curgand prin fiecare parte a mintii si corpului tau. Te simti complet relaxat, atat mental , cat si fizic ? (*Rick inclina capul . Daca pacientul indica NU sugestiile sunt repetate pana cand semnalul DA este primit*). Unde este durerea ta acum? Opt, Sapte, Sase, Cinci, Patru (*Rick inclina capul . La inceputul sedintei ,*

durerea sa a fost la SAPTE. Sugestiile de relaxare sunt repetate pana cand durerea sau disconfortul este la ZERO. Daca durerea sau disconfortul nu sunt eliminate complet la sfarsitul sedintei, pacientul este reasigurat si i se da un feedback in legatura cu progresul).

Tehnica de relaxare descrisa mai sus se concentreaza pe intregul corp. Uneori este necesar sa ne concentram asupra unei parti a corpului pe rand . Aceasta abordare este ceruta cand pacientul are durere sau disconfort in una sau doua zone ale corpului sau cand durerea este atat de severa incat pacientul nu este capabil sa micsoreze disconfortul prin relaxare generala . In cateva ocazii , Rick a venit la sedinte , fie cu o durere severa de cap , fie cu o durere severa de spate . Tehnica de lucru pentru durerile de cap este descrisa in detaliu in capitolul 4. Aici sun sugestii utilizate pentru lucrul cu durerea de spate .

— Devii atat de profund relaxat si esti intr-o transa atat de profunda , incat mintea si corpul tau se simt complet relaxate . Si acum ne vom concentra pe spatele tau . Unde este durerea acum ? (*Rick a inclinat din cap ca este la 7*)Asta este bine, s-a redus de la 9 la 7 . Acum, te vom ajuta sa reduci durerea mai mult .

Acum concentreaza-te pe partea de sus a spatelui tau. Pur si simplu devii constient de senzatiile din partea de sus a spatelui , gat si umeri . Lasa partea de sus a spatelui , gatul si umerii sa fie relaxate. Simti toti muschii din gat, umeri si partea de sus a spatelui ca devin relaxate . Simti toti nervii din gat , umeri si partea de sus a spatelui ca devin relaxate . Simti toate oasele si incheieturile gatului, umerilor si partii de sus a spatelui ca devin relaxate.

Deoarece toti acesti muschi , toti nervii , toate oasele si incheieturile se relaxeaza , simti ca toata tensiunea, toata presiunea din muschii gatului, umerilor si partii de sus a spatelui se elibereaza , dandu-ti un sentiment atat de linistitor, incat gatul, umerii si partea de sus a spatelui se simt foarte relaxate si confortabile. Se simt gatul, umerii si partea de sus a spatelui relaxate si confortabile ? (*Rick indica din cap ca DA*)

Si acum ne vom concentra pe partea de jos a spatelui . Unde este durerea acum ? (*Rick inclina din cap la 5 .Desi durerea este localizata in partea de jos a spatelui, concentrarea initiala a fost pe partea de sus a spatelui, deoarece este mai usor sa relaxezi o parte a corpului care este libera de durere . Inducerea relaxarii in partea de sus a spatelui intareste credinta ca el isi poate in mod egal relaxa*

partea de jos a spatelui, desi are durere). Pur si simplu devii constient de senzatia din partea de jos a spatelui. Lasa partea de jos a spatelui sa devina relaxata . Simti ca toti muschii din partea de jos a spatelui devin relaxati. Simti ca toti nervii din partea de jos a spatelui devin relaxati . Simti ca toate oasele si incheieturile din partea de jos a spatelui devin relaxate .

In timp ce toti muschii, toti nervii , toate oasele si incheieturile se relaxeaza simti ca toata tensiunea , toata presiunea din muschii din partea de jos a spatelui se pierde , dandu-ti o senzatie atat de linistitoare , incat partea de jos a spatelui se simte foarte relaxata si confortabila . Si in timp ce simti tensiunea si presiunea eliberandu-se din partea de jos a spatelui, simti ca toata durerea pleaca . Si curand, partea de jos a spatelui se va simti atat de confortabila, incat vei simti ca toata durerea pleaca . Unde este durerea acum ? (*Rick inclina din cap la 4 . Sugestiile sunt repetate pana cand durerea a trecut complet sau aproape complet*)

In timpul transei lui Rick i-au fost oferite sugestii posthipnotice pentru a intari beneficiile procedurii relaxarii si a obtine auto-stapanirea tehnicii:

Ca un rezultat al acestui tratament si ca un rezultat al faptului ca tu asculti CD-ul in fiecare zi , mintea ta , corpul tau si nervii tai vor deveni mult mai relaxati si mai putin tensionati . Ca un rezultat al acestui fapt , simptomele tale vor deveni din ce in ce mai putin frecvente , din ce in ce mai putin severe, pana cand vor disparea complet. Si cand ai durere sau disconfort vei fi capabil sa le indepartezi foarte usor , fie prin relaxare, fie ascultand CD-ul.

Transformarea simptomului

Cateva strategii hipno-comportamentale incluzand distragerea , inlocuirea durerii, substitutia simptomului , reinterpretarea cauzala , hipno-analgezia, intreruperea pattern-ului, reinterpretarea simptomului si recadrarea , distorsiunea timpului , concentrarea fara sa judece asupra constientizarii si cresterii deliberate a durerii , pot fi utilizate pentru a transforma sau schimba perceptia simptomelor (vezi Eimer si Freeman, 1998, p.298-302 pentru mai multe detalii). Toate aceste strategii pot sa nu fie aplicabile la fiecare pacient cu somatizare . Este recomandabil sa incercam fiecare din aceste tehnici cu un pacient si sa staruim asupra strategiei care este cea mai atragatoare si naturala pentru acel pacient. Pentru a imbunatati efectul tratamentului sugestiile posthipnotice sunt date :

Cu practica vei fi capabil sa transformi simptomul tau (*se afirma simptomul, de exemplu durere*) in(*se stabileste imageria utilizata, de exemplu o mancarime*) si ca un rezultat al acestui lucru , simptomul tau va deveni mai putin neconfortabil si mai putin suparator pentru tineastfel incat vei deveni mai putin concentrat pe simptomul tau si mai mult interesat de ceea ce faci .

Disocierea partilor corpului

Uneori relaxarea si transformarea simptomului pot sa nu fie suficiente pentru a reduce anumite simptome , in special daca simptomele sunt severe. In aceste circumstante , disocierea partilor corpului poate fi utilizata . De exemplu, Rick poate usor descreste cea mai mare parte din simptomele sale prin relaxare , dar durerea din genunchi si amorteala din picioare arata putina imbunatatire . Totusi, el gaseste detasarea de picioarele sale si de genunchi foarte eficienta . Eu am descoperit o versiune adaptata a scenariului dupa Barabasz si Watkins(2005,p.237) , care este foarte eficienta in disocierea temporara a anumitor parti ale corpului :

Devii acum atat de profund relaxat si esti intr-o transa atat de profunda, incat mintea ta devine atat de puternica si atat de sensibila la ceea ce eu spun , incat vei fi capabil sa-ti imaginezi , sa simti si sa experimentezi tot ceea ce eu iti cer sa-ti imaginezi, sa simti si sa experimentezi.

Acum vreau sa-ti imaginezi ca picioarele tale sunt detasate de corpul tau . Curand vei deveni complet detasat de corpul tau si picioarele tale nu vor mai fi parte a ta. Picioarele nu au nici o senzatie sau miscare . Nu iti mai poti misca picioarele, deoarece ele nu mai sunt conectate de tine. Simti ca exista un spatiu intre sfarsitul piciorului tau si inceputul piciorului tau. De aceea, nu exista nici o legatura intre picioarele tale si sinea ta . Din cauza ca ele nu mai sunt parte a fiintei tale , ele nu mai au puterea sa iti trimita impulsuri dureroase sau neconfortabile . Ele sunt moarte si atasate ca o tabla in partea de jos a corpului . Nu mai experimentezi senzatii care vin de la ele .Experimentezi vreo senzatie care vine de la ele ? (*Rick indica NU, scuturand capul dintr-o parte in alta*).

Lui Rick i-au fost date de asemenea sugestii posthipnotice prin care, cu practica, el va fi capabil sa detaseze picioarele sale de fiinta sa si ca un rezultat al acestui lucru , el va fi capabil sa controleze din ce in ce mai mult durerea din picior si amorteala din genunchi.

Disocierea completa

Deoarece pacientii cu somatizare au simptome multiple, disocierea intregului corp poate fi dezirabila uneori. Scenariul pentru disocierea intregului corp este similar sugestiilor utilizate pentru disocierea anumitor parti ale corpului.

Acum vreau sa-ti imaginezi ca intregul tau corp este detasat. Curand intregul tau corp va deveni complet detasat de tine. Corpul tau nu va mai fi parte a ta. Corpul tau nu mai are nici o senzatie sau miscare. Nu iti poti misca corpul, deoarece nu mai este conectat cu tine. Simti ca nu exista legatura intre tine si corpul tau, corpul tau este detasat, total detasat. Din cauza ca, corpul tau este detasat si nu mai este parte a fiintei tale, nu mai are puterea sa iti trimita impulsuri dureroase sau neconfortabile. Corpul tau este detasat si nu mai experimentezi nici o senzatie care

vine de la corpul tau. Experimentezi vreo senzatie care vine de la corpul tau? (*Rick indica ca NU scuturand capul dintr-o parte in alta*).

Tema pentru acasa

- Completarea formularului de monitorizare a simptomului pentru fiecare zi.
- Ascultarea CD-ului cu auto-hipnoza in fiecare zi.
- Practicarea relaxarii profunde pentru a ameliora simptomele.
- Practicarea transformarii simptomelor.
- Practicarea disocierii fiecarei parti a corpului care constituie preocuparea.
- Practicarea disocierii intregului corp.
- Cresterea activitatilor fizice.

SEDINTA 8

Principalul scop al sedintei a opta este de a invata tehnicile auto-hipnotice pentru ameliorarea simptomului si promovarea vindecarii. In plus, ca de obicei, saptamana este revizuita si sunt trasate mai multe teme pentru acasa.

Asa cum am descris la migrena (capitolul 5) si la acneea vulgaris (capitolul 6) antrenamentul de imagerie este utilizat pentru a promova vindecarea zonelor in care se presupune ca exista fizio-patologia. Cand se concentreaza asupra simptomelor sale, Rick este sfatuit sa-si imagineze ca isi scufunda mana intr-un vas cu apa calda si odata ce a experimentat incalzirea mainii, el este instruit sa-si plaseze bland mana pe abdomen si sa-si imagineze senzatia de caldura transferandu-se intestinelor sale (pentru mai multe detalii despre hipnoterapia directionata catre intestine vezi Gonsalkorale, 2006):

Imagineaza-ti ca, caldura din mana ta se transfera intestinelor tale si curand vei simti o senzatie de caldura in interiorul intestinelor tale. Lasa-ma sa stiu cand simti aceasta senzatie de caldura in interiorul intestinelor tale. (*Dupa o scurta pauza, Rick inclina din cap*). Simti ca aceasta senzatie de caldura se raspandeste in interiorul intestinelor tale. Deoarece aceasta senzatie de caldura se raspandeste in interiorul intestinelor tale, simti ca intestinele tale devin din ce in ce mai relaxate, din ce in ce mai confortabile. Senzatia de caldura din interiorul intestinelor tale se datoreaza faptului ca circulatia sangelui din interiorul intestinelor tale a crescut. Imagineaza-ti ca fluxul sangelui este crescut in interiorul intestinelor tale (*asteptati raspunsul afirmativ inainte de a merge mai departe*). Imagineaza-ti ca fluxul de sange in plus aduce mai mult oxigen si mai multi nutrienti catre zonele in care ai nevoie de ele cel mai mult. Ca un rezultat al acestui flux de sange in plus, intestinele tale, nervii si muschii din intestinele tale vor

deveni mai puternice si mai sanatoase, si ca un rezultat al acestui lucru intestinale tale vor deveni din ce in ce mai normale..... si vei avea din ce in ce mai mult control asupra intestinelor tale..... astfel ca intestinale tale vor deveni din ce in ce mai normale..... si durerea, disconfortul si balonarea vor deveni din ce in ce mai putin frecvente, din ce in ce mai puin severe, pana cand vor disparea complet.

Antrenamentul de imagerie este directionat catre fiecare zona care ne preocupa si sugestii post-hipnotice sunt date:

Cu practica vei fi capabil sa iti incalzești mana rapid, si vei fi capabil sa transferi caldura usor oriunde ai nevoie. Zonele la care tu nu poti ajunge sa le incalzești direct cu mana, vei fi capabil sa le incalzești direct, doar gandindu-te la ele. Ca un rezultat al acestui lucru, vei grabi vindecarea si de aceea in fiecare zi, simptomele tale vor deveni din ce in ce mai putine, pana cand vor disparea complet.

Tema pentru acasa

- Completarea formularului de monitorizare a simptomului pentru fiecare zi.
- Ascultarea CD-ului cu auto-hipnoza in fiecare zi.
- Practicarea transformarii simptomelor.
- Practicarea disocierii fiecari parti a corpului sau a intregului corp.
- Practicarea incalzirii zonelor corpului care constituie preocuparea.
- Cresterea activitatilor fizice.

SEDINTA 9

In aceasta sedinta, terapeutul are o sedinta de intalnire cu pacientul si alta persoana semnificativa din viata sa. Scopul acestei sedinte de intalnire este de a revizui saptamana si tema pentru acasa; sa discute motivul intalnirii pacientului cu alta persoana semnificativa; sa planifice activitati pentru intalnire; so sa traseze mai multe teme pentru acasa.

Revizuirea saptamanii si a temei pentru acasa

Acelasi format ca pentru sedinta anterioara este utilizat pentru a revizui ultima sedinta, saptamana si tema pentru acasa. Revizuirea ultimei sedinte este in mod particular importanta in aceasta sedinta, deoarece conceptul utilizarii auto-hipnozei pentru ameliorarea simptomelor a fost introdus. Terapeutul trebuie sa verifice daca pacientul gaseste auto-hipnoza utila in managmentul simptomelor si

care simptome raspuns la auto-hipnoza si care nu raspund. Este de asemenea important sa stie cum s-a descurcat pacientul cu tema pentru acasa. Tema pentru acasa implica in principal practicarea transformarii simptomului, disocierea partilor corpului si incalzirea zonelor corpului care constituie preocuparea. Din moment ce sunt avansate proceduri auto-hipnotice pentru conducerea simptomelor, terapeutul trebuie sa fie constient de progres si obstacole. Scopul major al acestor revizui este de mentine o comunicare apropiata cu pacientul, astfel incat terapeutul este interesat sa stie progresul pacientului cu activitatile fizice. Cresterea activitatilor fizice furnizeaza o masura obiectiva a progresului tratamentului.

Discutarea motivului pentru intalnirea cu o alta persoana semnificativa

Scopul pentru implicarea unei alte persoane semnificative (partener sau sotie/sot) in tratamentul celui cu tulburare de somatizare include:

- Sa obtinem informatie in plus despre pacient.
- Sa obtinem suport din partea celeilalte persoane semnificative pentru tratament.
- Sa schimbam comportamentul celeilalte persoane semnificative care poate intari simptomele sau comportamentul de boala al pacientului.
- Sa utilizam persoana semnificativa pentru a facilita anumite aspecte ale tratamentului (de ex. Persoana semnificativa poate incuraja pacientul sa creasca activitatile fizice).

Terapeutul se intalneste cu persoana semnificativa si cu pacientul si explica motivul pentru intalnire pacientului si persoanei semnificative pentru a incuraja un dialog deschis.

Sedinta de intalnire se invarte in jurul discutarii despre;

- *Managmentul stressului:* Terapeutul pune intrebari in legatura cu impactul stress-ului asupra simptomelor pacientului si discuta motivul pentru managmentul stress-ului.
- *Impactul bolii:* Terapeutul pune intrebari in legatura cu impactul bolii fizice a pacientului asupra persoanei semnificative din viata sa si sugereaza ca implicarea persoanei semnificative in terapie va fi in beneficiul ambelor parti.
- *Tulburari ale relatiei:* Terapeutul exploreaza impactul bolii asupra relatiei.
- *Retragerea din activitati:* Terapeutul evalueaza impactul activitatilor reduse asupra cuplului.
- *Efectul asupra comunicarii:* Terapeutul pune intrebari in legatura cu efectul bolii pacientului asupra comunicarii.

- *Cresterea activitatilor:* In urmatoarea discutie, terapeutul lucreaza colaborativ cu cuplul pentru a dezvolta un plan pentru cresterea activitatilor in cuplu care produc placere si pentru confruntarea cu unele probleme identificate.

Tema pentru acasa

- Completarea formularului pentru monitorizarea simptomului pentru fiecare zi.
- Ascultarea CD-ului cu auto-hipnoza in fiecare zi.
- Practicarea transformarii simptomelor.
- Practicarea disocierii fiecarei parti a corpului sau a intregului corp.
- Practicarea incalzirii zonelor corpului de care este preocupat.
- Cresterea activitatilor fizice.
- Inceperea activitatilor in cuplu care produc placere.

SEDINTELE 10-13

Pacientii cu tulburare de somatizare tind sa aiba credinte disfunctionale in legatura cu senzatiile somatice si adesea in legatura cu abilitatea lor de a performa eficient (Woolfolk si Allen, 2007). Ei pot de asemenea sa aiba o gandire disfunctionala in legatura cu lipsa de sanatate si acesata poate include ganduri perfectioniste, ganduri catastrofice, suprraestimarea posibilitatii unui rezultat negativ, afirmatia ca „trebuie” si gandire dihotomica. Woolfolk si Allen (2007) cred ca aceste ganduri disfunctionale pot rfecta credintele profunde ale celor cu somatizare in legatura cu faptul de a fi inadecvat sau nevaloros.

Urmatoarele patru sedinte se concentreaza pe terapia cognitiv-comportamentala. Obiectivele sedintelor de terapie cognitiv-comportamentala este de a ajuta pacientii sa identifice si sa restructureze credintele lor disfunctionale care pot face sa apara, sa se exacerbeze si sa se mentina simptomele lor. Sedintele de terapie cognitiv-comportamentala sunt structurate in acelasi format ca cel descris pentru depresie (vezi capitolul 3). Totusi, pentru a face terapia cognitiv-comportamentala mult mai sistematica si structurata, utilizarea formularului Restructurarii Cognitive (ABCDE) este recomandata (Apendicele B). Terapia cognitiv-comportamentala este in mod particular utila la pacientii cu somatizare care au anxietate si depresie comorbida. Asa cum am vazut mai devreme, &5% din pacientii cu somatizare au diagnostice comorbide pe Axa I, inclusiv tulburare de depresie majora, distimie, tulburare de panica, fobie simpla si abuz de substante

(Katon si colaboratorii, 1991).

Pentru a evita repetarea, si deoarece cititorul a devenit familiar cu formatul partii initiale al fiecarei sedinte, revizuirea sedintelor anterioare, a saptamanii si a temei pentru acasa nu va fi descrisa mai mult. Descrierea se va muta in schimb asupra temei principale a fiecarei sedinte. In practica, terapeutul ar trebui sa revizuiasca sedinta anterioara, progresul in timpul saptamanii si tema pentru acasa in fiecare sedinta inaintea trecerii asupra agendei principale a sedintei.

SEDINTA 14

Restructurarea cognitiva sub hipnoza

Asa cum am discutat in contextul migrenei (capitolul 4) tehnicile hipnotice orientate pe insight sau exploratorii sunt utilizate in formularea hipnoterapiei cognitive cand pacientul nu raspunde la protocolul de tratament obisnuit. Restructurarea cognitiva sub hipnoza permite terapeutului si pacientului sa exploreze dinamicile interpersonale ssi originile inconstiente sau scopurile simptomelor. Exista multe metode hipnotice orientate pe insight (de ex. Brown & Fromm, 1986a). Cea mai simpla si mai larg utilizata este semnalizarea ideomotorie. Capitolul 4 furnizeaza un scenariu dupa Hammond (1998, p.114) care ilustreaza cum este introdusa semnalizarea ideomotorie la pacientul hipnotizat. Prin utilizarea tehnicii semnalizarii ideomotorii la pacientii cu somatizare sapte domenii cheie pot fi explorate:

- Functia adaptativa sau castigul secundar din simptome.
- Autopedepsirea prin faptul de a avea simptomele.
- Conflictul interior care provoaca sau mentine simptomele.
- Comenzile transformate in simptome.
- Somatizarea simbolica a experientelor trecutului.
- Somatizarea adoptata ca o forma de identificare.
- Somatizarea simbolica a durerii interioare.

Odata ce cauza insotitoare a simptomelor de somatizare este stabilita, terapeutul poate ajuta pacientul sa se confrunte cu problema intr-o maniera satsfacatoare.

SEDINTA 15

Sedinta este dedicata unei a doua intalniri cu persoana semnificativa. Aceasta sedinta revizuieste cadul si prescrierea strategiilor care au aparut in timpul primei intalniri cu persoana semnificativa. Aceasta sedinta se concentreaza in cea mai mare parte pe comunicare si suport.

SEDINTA 16

Antrenamentul indemanrilor interpersonale

Pacientii cu tulburare de somatizare au adesea probleme sociale multiple si stiluri de viata haotice, caracterizate prin relatii interpersonale sarace si tulburate sau comportament dificil (vezi Abbey, 2006). Scopul acestei sedinte este de a ajuta pacientul sa defineasca obiectiv unele din aceste probleme si sa adopte o strategie de rezolvare a problemelor pentru a lucra cu aceste probleme. Hipnoterapia poate fi utilizata pentru a construi stima de sine (prin intarirea eului si repetitie imaginara) sa controleze furia si sa creasca auto-eficacitatea (proiectia in viitor). Antrenamentul indemanarilor sociale, activarea comportamentala si antrenamentul de umplere a mintii asa cum au fost descrise in capitolul 3, pot fi de asemenea utilizate pentru tulburarea de somatizare.

Vizitele urmatoare si sedintele de sustinere

Deoarece tulburarea de somatizare este o conditie cronica si nu este vindecabila, in mod obisnuit vizitele care urmeaza sunt esentiale pentru succesul ingrijirii pe termen lung.

SUMAR

Acest capitol a revizuit etiologia si tratamentele empirice existente pentru tulburarea de somatizare si apoi a descris *hipnoterapia cognitiva* pentru tulburarea de somatizare, o abordare de tratament multi-modala care combina terapia cognitiv-comportamentala cu hipnoza. Abordarea de tratament descrisa in capitol poate fi usor adaptata la tratamentul altor forme de conditii somatoforme. Protocolul de tratament pentru tulburarea de somatizare descris in capitol poate fi usor evaluat pentru a evalua efectul suplimentar al hipnoterapiei.

CAPITOLUL 8

HIPNOTERAPIA COGNITIVA IN MANAGMENTUL INSOMNIEI PRIMARE CRONICE

INTRODUCERE

Principalil scop al acestui capitol este sa descrie cum clinicienii pot incorpora terapia somnului cu hipnoterapia in managmentul insomniei primare (ne-am referit la insomnie in restul capitolului). Desi exista multe tipuri de tulburari de somn, scopul nostru este sa ne concentram asupra insomniei, deoarece este cea mai comuna forma de tulburare de somn, si i s-a acordat atentie in literatura psihologica. Insomnia este o plangere comuna raportata de populatia adulta peste tot in lume (Soldatos si colaboratorii, 2007). Este de asemenea una dintre cele mai prevalente plangeri de sanatate in populatia generala, in practica medicala si practica psihiatrica (Buysse si colaboratorii, 2005). In ciuda prevalentei inalte, insomnia nu este bine recunoscuta ca o entitate de boala de profesionistii sanatatii. In mod traditional, clinicienii au adoptat punctul de vedere ca insomnia este un simptom, mai curand decat o tulburare si concentrarea a fost asupra descoperirii si tratarii cauzelor insotitoare. Dovezi recente sugereaza ca, desi insomnia este comun asociata cu alte conditii medicale si psihiatrice, instalarea sa, cursul sau si raspunsul la tratament sunt adesea independente de conditiile comorbide (Buysse si colaboratorii, 2007). In plus, tratamentele psihologice si farmacologice pentru insomnia *primara* sunt in mod egal eficace in insomnia *secundara*. De aceea insomnia este in mod curent vazuta ca un sindrom care merita tratament independent.

Scopul acestui capitol este de a revizui etilogia si tratamentele empirice existente pentru insomnie si apoi sa descrie *hipnoterapia cognitiva pentru insomnia primara*, o abordare de tratament multi-modal care combina terapia cognitiv-comportamentala cu hipnoterapia, bazat pe o lucrare a lui Graci (Graci, 2005; Graci si Hardie, 2007; Graci & Sexton-Radek, 2006).

DEFINITIE SI DESCRIERE

În practica clinică, insomnia cronică este definită pe baza criteriilor Manualului de Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale (DSM-IV; Asociația Americană de Psihiatrie, 2000) sau în Clasificarea Tulburărilor de Somn Internațională (ICSD; Comitetul Clasificării Diagnosticului, 1990). Criteriile pentru diagnostic includ:

- Dificultatea în a adormi (*insomnia inițierii somnului*, de asemenea cunoscută ca *insomnia instalării somnului*); trezirea nocturnă și dificultăți în a adormi la loc (*insomnia menținerii somnului*); trezirea dimineată devreme (*insomnia continuării somnului*); sau un somn nerevigorant; sau o combinație a oricăreia din cele de mai sus.
- Dificultățile apar de cel puțin trei ori pe săptămână, cel puțin o dată pe lună.
- Insomnia provoacă distress clinic semnificativ sau tulburări în domeniile social, ocupational sau în alte domenii importante de funcționare.

Mult mai recent, Grupul de Lucru al Academiei Americane a Medicinii Somnului a propus criterii de diagnostic bazate pe cercetare pentru tulburarea insomniei (Edinger și colaboratorii, 2004). Acest grup a extins simptomele clasificate în funcție de cele trei criterii pentru a accentua impactul social, psihologic, ocupational și cognitiv asupra persoanei. În plus pentru a îndeplini cele două criterii enumerate în DSM-IV și ICSD, această nouă clasificare cere individului să aibă cel puțin unul din următoarele tulburări legate de dificultățile somnului din timpul nopții:

- Oboseală/sfarseală.
- Dificultăți de atenție, concentrare sau memorie.
- Disfuncție socială/ vocatională sau performanță școlară slabă.
- Tulburări de dispoziție/iritabilitate.
- Adormirea în timpul zilei.
- Reducerea motivației/energiei/initiativei.
- Predispoziția la erori/accidente la muncă sau în timpul somnului.
- Dureri de cap și/sau simptome gastrointestinale ca răspuns la somnul pierdut.
- Preocupări sau griji în legătură cu somnul.

Doa din cele mai comune tulburări de insomnie (neincluzând insomnia asociată cu o tulburare medicală) sunt tulburări de somn psihofiziologice și de adaptare. *Tulburarea de somn de adaptare* este o condiție în care individul a experimentat un stresor de viață semnificativ, de exemplu moartea cuiva drag, care interferează cu somnul. Acest tip de problemă de somn este mult mai comun asociată cu tulburarea somnului tranzitoriu care în general se potolește într-o lună.

Totusi cand acest tip de insomnie tranzitorie nu se atenueaza in timp poate progresa catre insomnie cronica, adesea acompaniata de depresie. *Insomnia psihofiziologica* este o tulburare de somn care rezulta din prezenta unei starniri psihologice inalte in care asocierea tensiunii somatizate si maladaptative (de ex, nervozitate, anxietate, ganduri ruminative) interfereaza cu somnul nocturn.

Insomnia poate fi primara sau secundara si poate fi comorbida cu cu alte tulburari medicale si psihiatrice. *Insomnia primara* este o tulburare de somn intrinseca care este caracterizata prin prezenta unei insomnii pentru cel putin o luna si nu este datorata unei alte tulburari de somn, unei conditii psihiatrice, unei probleme medicale sau abuzului de substante. *Insomnia secundara* este adesea asociata cu alte conditii, incluzand tulburarile de somn, tulburari mentale sau fizice, influente toxicologice sau factori de mediu. In aceste circumstante, insomnia este mult mai adecvat vazuta ca un *symptom* (Leger, 2007). Insomnia este considerata a fi cronica daca dureaza mai mult de una pana la trei luni (DSM-IV;APA,2000). Studiile retrospective indica ca aproximativ 40% din insomniaci severi au probleme de peste cinci ani si aproximativ 80% de peste un an (Ohayon si colaboratorii, 1997). Pentru ca tratamentul insomniei sa fie eficient, va fi foarte important sa fim capabili sa identificam si sa tratam conditiile insotitoare potientiale.

PREVALENTA SOCIODEMOGRAFICA SI CURSUL INSOMNIEI

Studii prevalente recente au estimat ca 19-21% din populatie au insomnie (vezi Leger, 2007). Prevalenta de un an a simptomelor insomniei in natiunile vetice este de aproximativ 30-40% din populatia generala si mai mult de 60% din situatiile de ingrijire primara si psihiatrica (Buysse si colaboratorii, 2007). Prevalenta insomniei primare ca o tulburare specifica este de 5-10% din populatia generala (Moul si colaboratorii, 2002). Plangerile de insomnie cresc cu varsta si incidenta anuala a insomniei printre varstnici este estimata sa fie de 5% (Morin & Gramlin, 1989). Femeile raporteaza insomnie mult mai mult decat barbatii (Mellinger, Balter & Unlenhuth, 1985). Totusi barbatii varstnici demonstreaza somn mult mai tulburat la polisomnografie decat femeile varstnice (Reynolds si colaboratorii, 1986). Cei divortati sau separati, femeile vaduvii, neangajati si indivizii cu conditii medicale si psihiatrice raporteaza mai multe plangeri de insomnie (Spielman, Caruso si Glovinski, 1987). Obiceiurile de somn contraproductive si stress-ul psihologic cum ar fi relatiile dificile, probleme ocupationale si finaciare, si responsabilitatile de a furniza ingrijire in mod comun initiaza sau mentin insomnia (Kappler & Hohagen, 2003). Desi istoria insomniei nu a fost pe larg studiata, studiile care au urmat asupra pacientilor clinici si asupra populatiei indica ca insomnia severa persista de ani si devine mult mai putin

potolita cu timpul (mendelson, 1995).

Majoritatea insomniacilor, chiar cazurile severe nu cauta ajutor pentru tratament. Un studiu Gallup timpuriu (Fundatia Natinala a Somnului, 1991) a insomniacilor a descoperit ca doar 5% si-au vizitat doctorul pentru probleme de somn si doar 21% au luat reteta medicala pentru isomnie. Majoritatea insomniacilor se confrunta cu probleme lor non -medical cum ar fi sa nu ia reteta pentru medicamente, se utita la telvizor, citesc sau beau alcool (Ohayon, 2002).

Consecintele insomniei, care sunt foarte substantiale sunt sintetizate mai jos (dupa Bruysse si colaboratorii, 2007):

- Exista un factor de risc pentru anxietate, depresie si abuz de substante.
- La pacientii cu tulburare de depresie majotra, insomnia este asociata cu rezultate slabe ale tratamentului, ideatie suicidara, simptome persistente si recaderi.
- Insomnia este asociata utilizarea crescuta a ingrijirii medicale, mai mult absentism de la munca si costuri medicale directe si indirecte crescute. Yapko (2006) citeaza un studiu a lui Stoller (1994) care, cu o decada in urma a raportat ca costurile insomniei in S.U.A. Au fost undeva intre 77 miliarde de dolari si 92 de miliarde de dolari pe an. Cifrele sunt probabil mult mai mari in zilele noastre. Este asociate cu accidente de automobil crescute si cu alte accidente.
- Insomnia reduce calitatea vietii intr-o aceeaasi magnitudine ca tulburarile congestive ale inimii si tulburarea depresiva majora.

ETIOLOGIA INSOMNIEI

Etiologia insomniei este neclara (First & Tasman, 2004). Majoritatea atentiei cercetarilor asupra insomniei a fost directionata catre cauzele fiziologice si psihologice. Buysse si colaboratorii (2007) au sintetizat aceste doua domenii de cercetare. *Modelul fiziologic* considera ca insomnia este o tulburarea a starnirii. *Starnirea* este definita ca stare a sistemului nervos central al individului de activitate si reactivitate intinzandu-se de la un capat la altul al somnului pe un spectru (Coull, 1998). Starnirea este legata de functia structurilor de promovare a trezirii in sistemul reticulat activator ascendent, hipotalamus ci creierul bazal care interactioneaza cu centrul din creier de promovare a somnului din hipotalamusul anterior si talamus (Buysse si colaboratorii, 2007). *Hiperstarnirea* este caracterizata prin nivele inalte de alerta care pot fi prezente tonic sau in raspunsul la situatii specifice, cum ar fi zgomot, mediul de somn s.a.m.d. Buysse si

colaboratorii(2007) furnizeaza o dovada metabolica electrofiziologica, neuroendocrina si neuroanatomica functionala, care sustine ipoteza lor ca insomniacii au activitatea sistemului nervos central hiperstarnita. Mult mai specific, aceste descoperiri sugereaza ca indivizii cu insomnie primara sunt hiperstarniti in timpul miscarii ochilor non-rapide din timpul somnului si hiperstarniti in timpul treziei. Desi ipoteza hiperstarnirii pare promitatoare , fara mai multe studii este dificil sa determinam daca rezultatele hiperstarnirii rezulta din insomnie sau erau pre-existente inaintea aparitiei problemei de somn.

Explicatia psihologica a insomniei se invarte in jurul *modelelor cognitiv-comportamentale* care vad insomnia ca fiind o consecinta a factorilor antecedenti datorita obiceiurilor maladaptative legate de somn (ganduri si comportamente) si starnirii percepute . Fiecare model totusi difera in accentuarea sa asupra disfunctiei profunde care insoteste insomnia . Morin (1993) considera hiperstarnirea cognitiva ca fiind produsa de ganduri remitative concentrate pe somn, in special cand este timpul de culcare . Modelul lui Morin este sintetizat de Buysse si colaboratorii (2007, p.34-5):

Starnirea cognitiva creste starnirea fiziologica. Cu repetitie aceasta pereche faciliteaza conditionarea intre indiciile temporale (de exemplu, rutina de culcare) si de mediu (pat, dormitor) si somn. Rezulta tulburari de somn si ruminari care in cele din urma conduc la consecinte in timpul zilei, cum ar fi tulburarea dispozitiei si oboseala . In timp, aceste experiente pot schimba credintele cuiva cu privire la abilitatea de a dormi si consecintele dificultatilor de somn si pot conduce la dezvoltarea unor strategii maladaptative destinate sa maximizeze somnul (de exemplu, petrece mai mult timp in pat) care intaresc mai mult tulburarile de somn si hiperstarnirea cognitiva .

Mult mai recent, Harvey (2002) a propus un model similar al insomniei , dar s-a concentrat mai mult pe rolul tendintelor atentiei in mentinerea insomniei (Buysse si colaboratorii,2007,p.36-7):

Modelul propune ca strategiile cognitive (mai curand decat strategiile comportamentale) angajate de oamenii cu insomnie sunt maladaptative si mentin tulburarile de somn . Activitatea cognitiva negativa excesiva conduce la hiperstarnire fiziologica crescuta care, la randul sau, conduce la atentie selectiva catre monitorizarea simptomelor autonome si indiciilor de mediu care indica lipsa somnului . O astfel de atentie selectiva distorsioneaza perceptiile cu privire la deficitel de somn si are efecte adverse in timpul zilei. Indivizii dezvolta comportament de siguranta maladaptativ , cum ar fi suprimarea gandului si inhibitia emotionala , pentru a evita lipsa somnului. Totusi, aceste comportamente intaresc mai mult activitatea cognitiva negativa , hiperstarnirea fiziologica si credintele eronate cu privire la somn si deficitel din timpul zilei sunt intalnite in insomnie .

Spielman , Caruso si Glovinsky (1987) au furnizat cel mai comprehensiv model al insomniei , integrand factori biologici si psihologici (modelul diateza-stress) si luand in considerare factorii predispozanti precipitatori si de perpetuare . Ei afirma ca insomnia este produsa de interactiunea dintre factorii predispozanti ai individului (de exemplu starnire fiziologica sau cognitiva inalta) si factori precipitatori externi (de exemplu, stressori ai vietii) si mentinuta prin strategii de coping maladaptative (de exemplu, petrece mai mult timp in pat). Importanta relativa presupusa de acesti trei factori se poate schimba in timp . O presupunere cardinala a acestui model este ca , cu timpul, insomnia poate lua viata pe cont propriu si poate deveni independenta de precipitantul originar.De aceea , fara a lua in considerare natura evenimentelor precipitatoare , controlul suplimentar al variabilelor poate mentine problema de somn .

Desi atat modelele fiziologic, cat si psihologic al insomniei contribuie la intelegerea noastra si la tratamentul insomniei , nici una din teorii nu explica complexitatea insomniei persistente . Insomnia este o tulburare heterogena cu o varietate de simptome care variaza in tip , intensitate, frecventa si consecintele din timpul zilei (Lacks si Morin, 1992) . De aceea, este improbabil ca o singura teorie va fi capabila sa ia in considerare complexitatea si varietatea tulburarii.

TRATAMENTUL INSOMNIEI

O varietate de interventii psihologice si farmacologice au fost utilizate pentru tratamentul insomniei . Aceasta revizuire se va concentra pe farmacoterapie , terapia cognitiv-comportamentala . Urmand acestei revizurii *hipnoterapia cognitiva pentru insomnia primara*, o abordare cu multe fatete pentru tratarea insomniei bazata pe lucrarea lui Graci (Graci,2005; Graci si Hardie, 2007;Graci si Sexton-Radek,2006) va fi descrisa in restul capitolului .

Interventia farmacologica

Farmacoterapia este cel mai frecvent tratament utilizat pentru insomnia . Desi receptorii antagonisti ai benzodiazepinelor sunt singurele medicamente aprobate pentru tratamentul insomniei(Buysse si colaboratorii, 2007), medicii utilizeaza frecvent alte clase de medicamente , in mod particular antidepresive , pentru a trata insomnia .Walsh si Schweitzer(1999) au raportat o crestere exponentiala de 146% in utilizarea antidepresivelor pentru tratamentul insomniei intre 1987 si 1996 , pe cata vreme utilizarea receptorilor antagonisti ai benzodiazepinelor a fost de peste 50% . Aceasta tendinta a continuat si in 2002 pentru prescrierea antidepresivelor care a crescut la 5,3 milioane comparativ cu 4,2

milioane pentru receptorii antagonisti ai benzodiazepinelor (Walsh,2004). Agentii antidepresivi utilizati in managementul insomniei includ imipramine, trimipramine si trazadone . Acesti agenti au fost gasiti ca produc unele efecte pozitive , atat asupra masurarilor subiective, cat si asupra masurarilor polisomnografice, cum ar fi deficienta somnului (Hajak si colaboratorii,2001;Hohagen si colaboratorii, 1994; James si Mendelson,2004). Erman (1998) argumenteaza ca desi utilizarea medicatiei antidepresive in managementul insomniei este larg raspandita, exista putine date remarcabile publicate pentru a sustine siguranta si eficacitatea acestor medicamente. Buysse si colaboratorii (2007) chestioneaza validitatea utilizarii altor medicamente , cum ar fi melatonin, antihistaminice, antipsihotice si anticonvulsivante in insomnie . Cateva meta-analize au demonstrat eficacitatea receptorilor antagonisti ai benzodiazepinelor in insomnia cronica (Holbrook si colaboratorii,2000;Nowell si colaboratorii, 1997; Soldatos,Dikeos si Whitehead,1999).

Asa cum am observat in sectiunea urmatoare, efectele receptorilor antagonisti ai benzodiazepinelor sunt comparabile in magnitudine cu acelea ale terapiei cognitiv-comportamentale (Smith si colaboratorii,2002). Totusi, receptorii antagonisti ai benzodiazepinelor, din cauza efectelor lor secundare , care includ sedare, performanta psihomotorie tulburata , caderi si fracturi , accidente auto , depresie respiratorie , toleranta , efecte discontinui si potential abuz (Buysse si colaboratorii,2007) au dezavantaje comparativ cu terapia cognitiv-comportamentala. In plus, medicatia poate conduce la insomnie iatrogena si utilizarea cronica a medicatiei de somn, conducand la dezvoltarea unor indemanari de auto-management pentru a face fata insomniei (Morin,1993). Cu toate acestea , medicatia hipnotica este eficace pe termen scurt , dar exista putine date disponibile cu privire la utilizarea pe termen lung. Medicatia este un adjuvant util in tratamentul insomniei , care ar trebui sa fie utilizata cu precautie , punand in balanta beneficiile clinice initiale impotriva sechelelor din timpul zilei si efectelor pe termen lung , in special cand mai eficienta , mai de durata si mai putin costisitoare terapia nonfarmacologica (terapia cognitiv-comportamentala) este disponibila (Jacobs si colaboratorii, 2004). Morin (1993) argumenteaza ca atunci cand farmacoterapia este initiata exista intotdeauna un pericol de utilizare prelungita , in ciuda intentiei initiale de a se baza pe medicatie, doar pentru o durata limitata .

Terapia cognitiv-comportamentala

Eficacitatea abordarilor cognitiv-comportamentale (ne-am referit la terapia cognitiv-comportamentala in restul capitolului) pentru tratamentul insomniei este bine documentata si continua sa fie un domeniu de cercetare in crestere (Morin,Mimeault si Gagne,1999) .Scopul terapiei cognitiv-comportamentale in insomnie este de a reduce latenta somnului si de a imbunatati consolidarea somnului prin schimbarea comportamentelor , obiceiurilor si credintelor maladaptative care interfereaza cu somnul. Terapia cognitiv-comportamentala pentru insomnie este o interventie pe termen scurt si implica cinci componente : terapia controlarii stimulului;terapia restrictiei de somn; antrenamentul de relaxare; restructurarea cognitiva ;si igiena somnului. Fiecare din aceste componente este descrisa in detaliu mai tarziu in acest capitol.

Trei meta-analize sustin eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale in insomnia cronica(Montgomery si Dennis , 2003; Morin , Culbert si Schwartz , 1994; Murtagh si Greenwood,1995). Peste 70-80% din pacientii cu insomnie au beneficiat de terapie cognitiv comportamentala si imbunatatirile au fost mentinute. Imbunatatirile au inclus reducerea semnificativa a latentei instalarii somnului si timpului de trezire dupa instalarea somnului si cresterea timpului total de somn . Trei componente ale terapiei cognitiv-comportamentale- antrenamentul de relaxare, restrictionarea somnului si controlul stimulului- au fost gasite ca produc efectele cele mai robuste . O a patra meta-analiza(Smith si colaboratorii,2002) a comparat eficacitatea terapiei cognitiv-comportamentale si farmacoterapiei in insomnie . Medicatiile hipnotice erau comparabile cu terapiile de controlare a stimulului si de restrictionare a somnului in evaluarea calitatii somnului si in reducerea timpului de trezire dupa instalarea somnului si numarului de treziri. Per total, terapia cognitiv-comportamentala a fost asociata cu reducerea latentei instalarii somnului in timp ce medicatia hipnotica era asociata cu cresterea timpului total de somn .

Unele studii au comparat direct efectele terapiei cognitiv-comportamentale si farmacoterapiei in insomnie . De exemplu, Morin , Mimeault si Gagne (1999) , intr-o cercetare randomizata a pacientilor in varsta , au descoperit ca terapia cognitiv-comportamentala , singura sau in combinatie cu farmacoterapia , este eficienta in reducerea timpului de trezire dupa instalarea somnului . Desi terapia prin medicamente , singura , a fost gasita mult mai eficienta decat efectul placebo , doar acei pacienti care au continuat sa utilizeze strategiile terapiei cognitiv-comportamentale au mentinut castigurile tratamentului si mai tarziu.Tratamentele farmacologice , totusi, au produs oarecum o adormire mai rapida pe termen scurt . Pe termen intermediar (de la 4 la 8 saptamani) abordarile comportamentale incluzand hipnoza si antrenamentul de relaxare au dovedit efecte comparabile cu

acelea ale medicatiei , dar pe termen lung (6-24 luni) aceste interventii psihologice au produs rezultate mult mai favorabile decat farmacoterapia . Mult mai recent, Jacobs si colaboratorii(2004) au comparat utilizarea terapiei cognitiv-comportamentale cu utilizarea pilulei de somn populare zolpidem tartrate (Ambien) in tratamentul insomniei de instalare a somnului . Studiul a indicat clar superioritatea terapiei cognitiv-comportamentale asupra zolpidem-ului in reducerea latentei de instalare a somnului si cresterea eficientei somnului si timpului total de somn . Din aceste rezultate , autorii au concluzionat ca terapia cognitiv-comportamentala ar trebui sa fie prima linie de terapie pentru insomnia initierii somnului . Terapia cognitiv-comportamentala, de asemenea, s-a dovedit a avea costuri mai putine si efecte mult mai de durata .

Aproximativ 70-80% din pacientii tratati cu interventii nonfarmacologice beneficiaza de terapie cognitiv-comportamentala (Morin,2003,2004; Morin si Azrin,1987,1988; Morin, Bastien si Savard ,2003) . Pentru pacientii cu insomnie primara cronica tratamentele nonfarmacologice par sa reduca instalarea somnului si/sau trezirea dupa instalarea somnului sub 30 de minute cu scoruri ale calitatii somnului si satisfactiei semnificativ crescute (Morin,1999,2003,2004; Morin si Azrin,1987,1988;Morin, Bastien si Savard,2003). Trei tratamente psihologice-terapia controlarii stimulului, relaxarea musculara progresiva si intentia paradoxala – indeplinesc criteriile Asociatiei de Psihologie Americane pentru sustinerea tratamentelor comportamentale empirice pentru insomnie . Trei alte tratamente -restrictia somnului, biofeedbackul si terapia cognitiv-comportamentala indeplinesc criteriile Asociatiei de Psihologie Americane pentru tratamentul”probabil” eficace. Terapia cognitiv-comportamentala a dovedit imbunatatiri mult mai semnificative pe termen lung decat agentii farmacologici in tratarea insomniei primare cronice (Morin,1996). Aceasta imbunatatire este in primul rand datorata terapiei cognitiv-comportamentale , deoarece aceasta terapie este tintita catre problemele cauzatoare ale tuburarii de somn si nu este doar un fleac ca interventiile farmacologice . In plus, terminarea agentilor farmacologici poate provoca o reinstalare a dificultatii initiale de somn (Graci si Hardie,2007).

Hipnoterapia

Foarte putina cercetare exista cu privire la utilizarea hipnozei, fie ca singura

modalitate de tratament, fie ca modalitate de tratament multipla pentru managementul tulburarilor de somn (Graci si Hardie, 2007). Hipnoza ca o modalitate de tratament singulara a fost gasita ca fiind eficienta in alinarea insomniei (Bauer & McCanne, 1980; Borkovec & Fowles, 1973; Dement & Vaughan, 2000; Hadley, 1996; Hammond, 1990; Hauri, 1993, 2000; Kryger, 2004; Spiegel & Spiegel, 1990; Stanton, 1990a, 1999; Weaver & Becker, 1996). Atat hipnoza, cat si auto-hipnoza ofera metode rapide pentru descresterea starnirii fiziologice, conducerea anxietatii, reducerea ingrijorarilor si ruminarilor, facilitarea relaxarii profunde si controlarea supra-activitatii mentale – toate acestea fiind simptome cardinale ale insomniei (Bauer si McCanne, 1980; Hammond, 1990). Auto-hipnoza este considerata a fi o tehnica voluntara de relaxare puternica (Dement & Vaughan, 2000) care este similara meditatiei din cauza ca poate calma mintea si corpul, pregatind persoana pentru somn (Kryger, 2004). De aceea, hipnoza clinica este considerata a fi o metoda sigura si eficienta pentru tratarea insomniei deoarece permite clinicianului sa obtina accesul la problemele insotitoare (de ex. Hiperstarnire; Modlin, 2002).

Cateva cercetari (Morin, 1999; Morin, Mimeault & Gagne, 1999), revizuiiri (Lichstein & Riedel, 1994) si meta-analize (Morin, Culbert si Schwartz, 1994; Murtagh & Greenwood, 1995) au examinat eficacitatea antrenamentului de relaxare si hipnozei in insomnie (Morin, 1999). Din meta-analizele lor asupra 59 de studii, Morin, Culbert si Schwartz (1994) au descoperit ca interventiile psihologice scurte pentru insomnie, cu o medie de 5 ore, produc schimbari semnificative in instalarea somnului si timpul de a ramane treaz dupa trezire. In mod similar, Evaluarea Institutului National al Sanatatii (NIH; 1996) asupra Integrarii Abordarilor Comportamentale si Relaxarii in Tratamentul Durerii Cronice si Insomniei a concluzionat ca hipnoza si biofeedback-ul produc schimbari semnificative in unele aspecte ale somnului. Totusi, din raport nu era clar daca magnitudinea imbunatatirilor in instalarea somnului si timpului total de somn au fost semnificative clinic.

Graci si Hardie (2007) cred ca descoperirile inconsecvente in studiile asupra hipnozei in insomnie sunt legate de lipsa colaborarii cu clinicienii. Ei au recomandat ca, clinicienii antrenati in hipnoterapie sa se consulte cu profesionistii somnului cand initiaza studii pentru a se asigura ca populatia este omogena in termenii tulburarii somnului. In acest context, este de asemenea important sa observam ca insomnia bazata somatic nu a fost rezolvata de interventiile hipnotice (Weitzenhoffer, 2000) asa cum Graci si Hardie (2007, p. 289) ne reamintesc:

exista multe tulburari de somn bazate „biologic” care adesea mimeaza tulburarile de

somn psihologice/comportamentale, cum ar fi insomnia. De exemplu, pacientii cu apnee de somn obstructiva nediagnosticata se pot plange de dificultati in mentinerea somnului si pot experimenta ganduri ruminative centrate pe lipsa somnului. Acest raport ar putea cu usurinta sa conduca la un diagnostic de insomnia si tratament pentru insomnia. In acest exemplu, tratamentul cel mai probabil va esua din cauza dificultatii mentinerii somnului care rezulta din factorii biologici. Mult mai specific, pacientii inceteaza sa respire in timpul somnului din cauza ca, caile faringiene au fost ingustate si ca sunt in colaps, obstructionand caile aeriene ale pacientului (trasatura marcanta a apneei de somn obstructive) si trezirea corpului (un raspuns adaptativ evolutiv pentru a proteja corpul) pentru a restabili respiratia. Hipnoterapeutii trebuie sa mentina intotdeauna o abordare conservatoare cand trateza tulburarile de somn. Daca pacientii sunt tratati pentru tulburare de somn centrarea pe evaluare este importanta. In timp ce evaluarea optiunilor este disponibila, o trimitere la un specialist in somn este puternic preferata (Graci, 2005; Graci & Sexton-Radek, 2005).

Totusi, daca problemele psihologice sau comportamentale sunt factori care contribuie la tulburarile de somn bazate biologic, atunci hipnoterapia poate fi eficace, in special in reducerea starilor de starnire somatica si cognitiva. In contrast, insomnia psihologica (de ex, aceea precipitata de anxietate anticipatorie si ruminari cognitive) este foarte adecvata pentru hipnoterapie. Antrenamentul de relaxare si hipnoza au fost gasite, de asemenea, eficiente cu insomnia vietii tarzii (Morin, Mimeault & Gagne, 1999). Asa cum am mentionat mai devreme, intr-o cercetare randomizata asupra pacientilor in varsta, Morin, Mimeault & Gagne (1999) au descoperit ca terapia cognitiv-comportamentala, singura sau in combinatie cu farmacoterapia este eficienta in reducerea timpului de trezire dupa instalarea somnului. Desi efectul medicatiei si terapiei cognitiv-comportamentale a fost comparabil initial, pe termen lung (6-24 luni) abordarile comportamentale, inclusiv hipnoza si antrenamentul de relaxare, au produs rezultate mult mai favorabile decat farmacoterapia.

Desi exista unele dovezi ca hipnoza este utila ca un adjuvant pentru terapia cognitiv-comportamentala in managementul insomniei, exista o nevoie urgenta pentru mai multe studii bazate empiric pentru a demonstra eficacitatea hipnozei in tratamentul insomniei.

HIPNOTERAPIA COGNITIVA PENTRU INSOMNIE

Din moment ce insomnia este o tulburare complexa, orice modalitate de

tratament singulara se adreseaza probabil doar unui singur aspect al problemei de somn. Este un acord larg ca tratamentul eficient al insomniei trebuie sa presupuna o abordare multi-disciplinara in care interventiile fiziologice, psihologice, comportamentale si de mediu cer o accentuare egala. Rezultatele mai bune, desi nu consecvente, sunt obtinute cand cateva strategii sunt combinate (Morin, 1993; Lacks & Morin, 1992). In timp ce studiile timpurii nu furnizeaza un motiv pentru combinarea variatelor proceduri in insomnie, cercetari recente au utilizat abordarile combinate si secventiale pentru a maximiza beneficiile terapeutice. Totusi, Morin (1993) recomanda panificarea judicioasa a tratamentului cu multiple fatete, astfel incat doar procedurile clinice relevante care au ca tinta variate aspecte ale problemei de somn sa fie incluse in tratament.

Cu aceasta constatare , Graci(Graci,2005;Graci si Hardie,2007;Graci si Sexton-Radek,2006) a integrat hipnoterapia cu terapia cognitiv-comportamentala care este considerata a fi prima linie de tratament sau standardul de aur al tratamentului psihologic pentru insomnie (Jacobs si colaboratorii,2004).Terapia cognitiv-comportamentala este o interventie cu multiple componente pentru insomnie , constand din patru componente , si anume educatie(de exemplu comportamentul de igiena a somnului); controlul stimulului ; terapii de restrictie a somnului(Manber si Kuo, 2002); si terapie cognitiva. Unii clinicieni, de asemenea, includ antrenamentul de relaxare ca un adjuvant sau componenta suplimentara . Din moment ce insomniacii au „activare psihologica ridicata, batai ridicate ale inimii, temperatura corpului , rezistenta a pielii bazale , vasoconstrictie fazica si activare EMG frontala mai mult decat cei normali” (Manber si Kuo,2002,p.181) , antrenamentul de relaxare este tintit catre scaderea starnirii fiziologice . Unele studii au utilizat antrenamentului de relaxare ca o componenta de tratament singulara pentru insomnie (vezi Morin, Culbert si Schwartz,1994) .Efectul a fost moderat , ceea ce nu este surprinzator, dat fiind ca insomnia este o tulburare complexa . Metodele de relaxare au fost de asemenea utile in facilitarea retragerii medicatiei hipnotice (Lichstein si colaboratorii,1999). Asa cum am discutat in capitolul 5 , hipnoza produce relaxare rapida si profunda si este asociata cognitiei sincretice .

Bazat pe aceste descoperiri , Graci a substituit antrenamentul de relaxare cu hipnoterapia in cadrul terapiei cognitiv-comportamentale pentru insomnie. Figura 8.1 ilustreaza modul cum sa incorporam educatia cu privire la igiena somnului , terapia de control a stimulului , strategiile de restrictie a somnului si terapia cognitiva , anterior hipnozei si cum sa implementam aceste tehnici in scenariile hipnotice, cand este adecvat. Desi modelul lui Graci nu a fost subiectul unei validari empirice , abordarea ei ofera un excelent design pentru evaluarea efectului

suplimentar al hipnozei cand este combinata cu terapia cognitiv-comportamentala, ceea ce este considerat a fi standardul de aur pentru tratamentul psihologic al insomniei . Graci si Hardie (2007, p.288) sustin ca „putina cercetare empirica exista pentru utilizarea hipnoterapiei ca singura modalitate de tratament sau modalitate de tratament multipla pentru managementul tulburarilor de somn „ si astfel exista

o nevoie imediata pentru mai multa cercetare care sa evalueze eficacitatea hipnoterapiei ca singura modalitate de tratament si ca modalitate de tratament multipla pentru rezolvarea tulburarilor de somn . Odata ce aceasta eficacitate este stabilita va creste utilizarea hipnoterapiei si o cerere pentru serviciile sale ca un tratament al tulburarilor de somn nonbiologice .

La fel ca la scopul lui Graci , scopul acestui capitol este sa informeze clinicienii cum sa incorporeze terapia somnului cu hipnoterapia , cu speranta incurajarii studiilor rezultatului . Abordarea hipnoterapiei cognitive pentru insomnie descrisa in acest capitol este dupa modelul lui Graci.

Hipnoterapia cognitiva pentru insomnia cronica necesita in mod normal cam 10 sedinte si implica 6 etape :evaluarea; terapia controlului stimulului; terapia restrictiei somnului; antrenamentul de relaxare; restructurare cognitiva ; si igiena somnului. Fiecare din aceste etape este descrisa in detaliu.

Figura 8.1. Ilustrarea modului cum sa incorporam terapia somnului cu hipnoterapia

cele 4 principii discutate anterior hipnozei

Educatia igienei somnului	Terapia de controlare a stimulului	Terapia restrictiei somnului	Terapie cognitiva
------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------	-------------------

tehnici de inductie

tehnici de adancire

scenariu hipnotic somn
Sugestiile pot de asemenea include

Comportamente de igiena a somnului	Tehnici de controlare a stimulului	Tehnici de restrictie a somnului	Tehnicile terapii cognitive
---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

Tehnici de trezire

Evaluarea

Deciderea a caror componente psihologice sa fie utilizate cu un pacient individual si ce trebuie sa li se aplice este bazata pe evaluarea problemei prezente a pacientului si conceptualizarii cazului care rezulta (vezi capitolul 2 si Apendicele C si D). Cand conducem evaluarea initiala si formularea cazului Manber si Kuo (2002,p.181) recomanda acordarea unei atentii particulare urmatoilor factori :

- Obiceiurile de somn .
- Tendintele circadiene.
- Alte tulburari de somn, in mod particular , acelea asociate cu fragmentarea somnului.
- Nivelul anxietatii generale si ingrijorarii si starnirii cognitive cand este timpul de culcare .
- Abilitatea de a atipi .
- Abilitatea de a dormi in alte medii, altele decat cele proprii (de exemplu pe canapea sau departe de casa).
- Conditii medicale si psihiatrice comorbide.
- Utilizarea curenta a medicatiei , alta decat cea hipnotica si a altor substante care ar putea afecta somnul .
- Utilizarea unei medicatii hipnotice sau preparate din plante care promit sa aiba efect hipnotic.
- Impactul somnului slab asupra functionarii din timpul zilei, in mod particular asupra somnului din timpul zilei.

Istoria clinica poate fi obtinuta prin cateva instrumente , cum ar fi jurnalul somnului, testele psihologice, actigrafia si polisomnografia .In plus, un test de sugestibilitate hipnotica standardizat este administrat pentru a determina adecvarea pentru hipnoza . Deoarece una din componentele majore ale hipnoterapiei cognitive pentru insomnie este hipnoterapia este important sa evaluam nivelul de sugestibilitate al pacientului.

Jurnalele somnului sau logarea somnului sunt larg angajate ca o componenta a evaluarii initiale , la fel ca si pentru evaluarea efectului tratamentului.Logarea somnului reprezinta un instrument mult mai adecvat pentru evaluarea pacientilor cu insomnie decat rapoartele retrospective globale furnizate de pacienti in timpul interviului initial . Completarea logarilor incurajeaza pacientii sa dezvolte o evaluare mult mai obiectiva a tulburarilor de somn si facand acest

lucru au o anume eficacitate terapeutică (Sataeia,2002). Este în general recomandat ca pacientul să completeze zilnic jurnalul somnului , cel puțin una până la două săptămâni , pentru a obține un profil reprezentativ. Multe chestionare cu privire la somn au fost dezvoltate . Cel mai larg utilizat chestionar este Indexul Calității Somnului Pittsburgh (PSQI;Buysse și colaboratorii), o măsură cu 19 itemi a calității și tulburării somnului.

Testele psihologice sunt utilizate în principal pentru evaluarea nivelului de anxietate și depresie. Este bine cunoscut că insomniacii au rate crescute de psihopatologie , cel mai adesea caracterizate prin anxietate, depresie și internalizare a conflictului emoțional cu o tendință de a somatiza acest conflict (Hauri și Fisher,1986; Kales și colaboratorii, 1976). Cele mai comune instrumente psihometrice utilizate în insomnie includ Inventarul de Anxietate al lui Beck (Beck și Steer, 1993a), Inventarul Depresiei lui Beck-revizuit (Beck, Steer și Brown,1996), Scala Lipsei de Speranță a lui Beck (Beck și Steer ,1993b) și Scala Anxietății a lui Spielberger (Spielberger, Gorsuch și Lushene, 1970).

Actigrafia este studierea somnului prin detectarea mișcărilor mici care apar tipic în circumvoluțiunea nondominantă. Este recomandat ca actigrafia să fie condusă pentru cel puțin trei perioade consecutive de 24 de ore (Sataeia , 2002). Actigrafia este un instrument de evaluare util pentru insomnie , deoarece este neobstructiv , nu este scump și datele sunt colectate din mediul obișnuit al pacientului . Deoarece actigrafia tinde să supraestimeze cantitatea actuală de somn , este corelată puternic cu patternurile de somn monitorizate prin polisomnografie (Sadeh și Acebo ,2002).

Polisomnografia sau studierea somnului din timpul nopții este un standard de aur pentru cuantificarea somnului și tulburărilor de somn (Buysse și colaboratorii,2007). Polisomnografia nu este în mod obișnuit utilizată în insomnia cronică deoarece confirmă raportul subiectiv al pacientului fără să indice o cauză pentru trezire . Totuși, poate fi utilă pentru evaluarea pacienților cu insomnie care nu au răspuns la prima linie de tratament sau aceora care au simptome de acnee , mișcări periodice ale membrelor sau parasomnii.

Igiena somnului

Pacienții de asemenea pot contribui la inițierea și menținerea tulburării de

somn. De exemplu, pacientilor adesea le lipsesc cunostintele in legatura cu alimentele, bauturile, medicamentele si activitatile fizice cu proprietati psihostimulante care pot interfera cu somnul . Mai mult, pacientii pot sa aiba cunostinte putine in legatura cu tehnicile de reducere a sressului sau tehnicile de relaxare care pot promova instalarea somnului . Pacientii pot suprautiliza „medicamentele” sau remediile pe baza de plante care sunt destinate doar pentru utilizarea pe termen scurt. Exista exemple de comportamente maladaptative care interfereaza cu somnul nocturn si sunt numite comportamente de igiena a somnului „sarace” (Hauri,1993; Hauri,2000). Igiena somnului se refera la organizarea activitatilor (de exemplu compartamente inainte de somn) care promoveaza somnul si minimizeaza tulburarea de somn . In mod tipic, sunt incorporate urmatoarele comportamente :

- Reducerea consumului de nicotina, cofeina si a altor stimulanti.
- Evitarea stimulanzilor dupaamiaza sau seara.
- Evitarea alcoolului in apropierea orei de culcare.
- Respectarea unui program regulat in timpul zilei pentru munca, odihna, mese, tratament, exercitii si a altor activitati zilnice .
- Efectuarea exercitiilor dimineata devreme , mai curand decat dupaamiaza tarziu sau seara.

Tabelul 8.1 ilustreaza o lista mult mai comprehensiva a comportamentelor de igiena a somnului „adaptative”. Insomnia poate fi adesea corectata prin implementarea acestor comportamente de igiena a somnului „adevate”. De exemplu, unii pacienti sunt refractari sa evite sa traga un pui de somn in timpul zilei sau ei vor adormi neintentionat in timpul zilei. Somnul neintentionat este adesea un contributor major la instalarea si mentinerea insomniei . Scopul este de a educa pacientul , astfel incat sa elimine comportamentele care conduc la tulburarea somnului .

Dupa o scurta sedinta de educatie , pacientul initiaza comportamentele acasa . Vizitele clinice ulterioare cer evaluarea succesului acestor comportamente si discutarea barierelor specifice pentru realizarea scopurilor tratamentului . Toate cele patru abordari cer ca pacientii sa monitorizeze patternurile lor de somn in timp ce ei initiaza aceste schimbari , monitorizand somnul lor/ odihna /timpul treziei, utilizand un formular de auto-monitorizare a somnului (de exemplu , jurnalul somnului) sau alt instrument de evaluare.

Tabelul 8.1. Comportamente de igiena a somnului adaptative

1. Mentinerea unui moment regulat pentru somn si pentru trezire (chiar si in

weekend).

2. Crearea unei rutine a orei de culcare – angajarea in activitati linistite , calmante.
 3. Dormitorul este doar pentru somn si pentru activitati intime.
 4. Nu va intindeti in pat pana cand nu este ora de culcare.
 5. Daca nu adormiti in 15-20 de minute ridicati-va din pat si mergeti in alta camera si angajati-va intr-o activitate linistita nonstimulanta , pana cand deveniti somnoros si apoi intoarceti-va in pat.
 6. Dormiti cat este de ajuns.
 7. Exerciitiile regulate din timpul zilei pot face somnul profund – ar trebui facute cu 4 – 6 ore inainte de ora de culcare .
 8. Luati o gustare usoara inainte de culcare – evitati mancarurile grele .
 9. Reduceti zgomotul si lumina.
 10. Reglati temperatura camerei.
 11. Evitati stimulanti – nicotina, mancarurile si bauturile care contin cofeina – cu 4-6 ore inainte de ora de culcare , inclusiv ciocolata, cafeaua si sucurile .
 12. Evitati alcoolul – va ajuta sa adormiti , dar provoaca trezirea si somn slab .
 13. Evitati sa trageți un pui de somn in timpul zilei – limitati somnul din timpul zilei la 20 de minute si evitati-l dupa ora 3 dupaamiaza.
-

Terapia controlarii stimulului

Academia Americana de Medicina a Somnului (Chesson si colaboratorii,1999) si meta-analizele (Morin, Culbert si Schwartz, 1994) a interventiilor comportamentale pentru insomnie au identificat controlul stimulului ca fiind una din interventiile farmacologice cele mai eficiente pentru insomnie . Tehnica controlului stimulului este bazata pe principiul conditionarii clasice destinata sa intareasca patul ca un indiciu pentru somn , in timp ce trezirea este un indiciu pentru activitatile care sunt incompatibile cu somnul . Principalul obiectiv al terapiei controlarii stimulului este de a antrena pacientul sa asocieze patul cu somnul si somnul cu patul (Graci si Hardie, 2007). In virtutea fixarii timpului de trezire , ritmul somn-trezire este stabilit . O linie de ghidaj generala este de a educa pacientii in legatura cu mediul dormitorului , accentuand ca dormitorul este pentru somn, activitati intime si un loc sigur care conduce la somn . Pentru a realiza aceste scopuri urmatoarele instructiuni sunt date :

- Mergi la culcare doar cand te simti somnoros .
- Utilizeaza patul doar pentru somn. Nici o activitate, alta decat somnul ,

cu exceptia activitatii sexuale nu este permisa in pat. Alte activitati, cum ar fi cititul , mancatul, uitatul la televizor sau completarea temei pentru acasa nu sunt facute in pat, ci in alta zona a camerei.

- Ridica-te din pat daca nu esti capabil sa adormi in 15-20 de minute atunci cand te odihnesti noaptea. Cand te-ai ridicat din pat, angajeaza-te in activitati relaxante si placute . Intoarce-te in pat doar cand esti somnoros (acest lucru poate fi repetat cat de des este nevoie in timpul noptii).
- Stabileste alarma de trezire la aceeasi ora in fiecare zi , indiferent de cantitatea de somn din timpul noptii.
- Evita sa tragi un pui de somn in timpul zilei .

Pentru ca terapia de control a stimulului sa aiba succes , pacientul trebuie sa fie consecvent cu instructiunile. Pacientul trebuie de asemenea sa aiba expectatii realiste si terapeutul ar trebui sa previna pacientii ca imbunatatirea imediata poate sa nu apara , dar ca poate aparea dupa una sau doua saptamani.

Terapia restrictiei somnului

Terapia restrictiei somnului a fost dezvoltata de Spielman, Caruso & Glivinsky (1987) si este bazata pe teoria homeostazei inclinatiei somnului (Stepanski, 2000). Acaesta abordare cauta sa creasca somnul homeostatic condus prin deprivarea de somnul partial si de aceea se imbunatateste abilitatea somnului. Acest lucru este realizat prin crearea unei stari moderate de deprivare de somn cu scopul cresterii „presiunii somnului” (trebuie si conduce la a adormi) astfel incat pacientii sunt capabili sa adoarma si sa mentina (sa consolideze) somnul lor. Pacientului ii este prescris initial o perioada a momentului de se baga in pat care este egala cu cantitatea de somn raportata. De exemplu, daca unui pacient ii este prescris sa fie in pat timp de 7 ore dar doarme doar sase ore, atunci pacientului ii va fi prescris sa stea 6 ore in pat.

Eficacitatea terapiei de restrictie a somnului a fost evaluata la adultii in varsta (Morin, Culbert & Schwartz, 1994) care au gasit terapia utila in reducerea timpului de trezire dupa instalarea somnului. Unele variatiuni ale acestei tehnci au fost de asemenea gasite ca avand succes (Edinger si colaboratorii, 1992; Friedman si colaboratorii, 1991; Riedel, Lichstein si Dwyer, 1995). Totutusi, cu terapia de controlare a stimulului, rezultatul este legat de consecventa timpului de trezire si consecventa timpului petrecut in pat (Manber & Kuo, 2002). Graci si Hardie (2007) propun ca hipnoterapeutii sa fie precauti in legatura cu utilizarea terapiei restrictiei somnului fara a avea un antrenament formal si experienta cu aceasta tehnica. Ei au recomandat consultarea unui specialist in somn, daca terapeutul nu

are experienta in restrictia somnului.

Hipnoterapia pentru relaxare si antrenamentul imaginerii

Asa cum am mentionat mai inainte, insomniacii au starnire tonica. Practicienii terapiei cognitiv-comportamentale utilizeaza de obicei relaxarea sau antrenamentul imaginerii pentru scaderea starnirii, dar in contextul hipnoterapiei cognitive este utilizata hipnoza. In tratamentul insomniei, hipnoza este in mod special utilizata pentru inducerea relaxarii; demonstrarea puterii mintii; intarirea eului; antrenamentul de imagerie; invatarea auto-hipnozei; si oferirea sugestiiilor post-hipnotice.

Antrenamentul de relaxare

Asa cum am discutat in capitolele anterioare, unul din scopurile importante ale utilizarii hipnozei in cadrul hipnoterapiei cognitive este de a induce relaxarea. Din cauza activarii fiziologice, pacientii u insomnie obtin beneficii semnificative din invatarea tehnicilor de relaxare. Variate tehnici de inductie hipnotica pot fi utilizate pentru a induce relaxarea. Eu utilizez *relaxarea cu metoda numararii* , adaptata dupa Gibbons (1979; vezi Alldin, 2007b) pentru inducerea si adancirea transei hipnotice (vezi Apendicele E).

Demonstrarea puterii mintii

Catalepsia ochilor si a corpului sunt induse hipnotic pentru a demonstra puterea mintii asupra corpului. Aceste demonstratii reduc scepticismul cu privire la hipnoza, adopta expectanta pozitiva si induce increderea la pacientii insomniaci ca ei se pot relaxa si isi pot pregati mintea si corpul pentru somn.

Intarirea eului

Sugestiile de intarire a eului sunt oferite pacientilor insomniaci pentru a creste increderea in abilitatea lor de a-si antrena mintea si corpul pentru somn. Adoptarea *auto-eficacitatii percepute* (Bandura, 1977) contracareaza anxietatea anticipatorie legata de faptul de a nu adormi si descreste ruminariile negative. Scenariul de hipnoza din Apendicele E furnizeaza o lista de sugestii de intarire a eului generalizate, care pot fi adaptate pentru utilizarea cu pacientii insomniaci.

Antrenamentul de imagerie pentru somn

Dupa intarirea eului, pacientului ii este furnizata o imagine pentru promovarea si mai mult a relaxarii si pregatirii pacientului pentru somn. Desi exista multe scenarii hipnotice furnizate in literatura (de ex. Hammond, 1990, pp. 153-5; Kroger & Fezler, 1976, pp. 201-5), eu am selectat doua scenarii din Graci si Hardie (2007) deoarece ele sunt special dezvoltate in contextul hipnoterapiei cognitive.

Scenariu hipnotic pentru somn: Exemplul 1

Inainte de a te odihni in pat, asigura-te ca dormitorul tau este liber de tensiune si ingrijorare. Te vei pregati pentru relaxare si vei adormi linisti fara sa te utiti la televizor sau in ziare, in timp ce iti concentrezi atentia si forta asupra faptului ca te retragi dupa oboseala zilei. Intuitiv vei incepe sa stingi lumina si sa-ti linisteti mintea. In timp ce te bagi in pat, vei incepe automat sa te relaxezi, Respiratia ta va deveni profunda, profund relaxata si metodică. Vei observa ca intuitiv vei incepe sa adormi. Te poti odihni fiind sigur ca, corpul tau stie cum sa adoarma si sa ramana adormit si sa se odihneasca. Vei fi surprins de cat de bine vei fi capabil sa adormi profund. Vei fi capabil sa dormi in timpul noptii si sa te trezesti odihnit in timpul zilei. Corpul tau va spune bun venit odihnei deoarece este capabil sa beneficieze de somnul profund. Vei observa cat de usor te vei adapta la somnul odihnitor. Vei avea incredere stiind ca vei adormi, corpul tau este construit puternic si este sustinut de sistemul imunitar. Vei fi capabil sa stii cat de profund este capabil corpul tau sa beneficieze de somnul din ce in ce mai profund (Graci & Hardie, 2007, pp. 2999-300 – Reprodus cu permisiunea autorilor)

Scenariu hipnotic pentru somn: Exemplu 2

Vreau sa-ti imaginezi ca pasesti catre dormitorul tau si in timp ce pasesti catre dormitorul tau iti dai permisiunea sa parasesti toate ingrijorarile, preocuparile si tot ceea ce te supara din afara dormitorului. Cand te vei trezi dimineata , poti regasi aceste ingrijorari, preocupari sau probleme cand pasesti afara din dormitor. Nu trebuie sa aduci toate acestea cu tine in dormitor, deoarece dormitorul tau este un loc sigur. Este zona ta de siguranta personala. Aici poti experimenta confort, siguranta si pace .

Observi ca usa dormitorului se inchide si tu te simti din ce in ce mai relaxat si mai plin de pace. Nimic nu te preocupa in timp ce esti in dormitor si acest sentiment de relaxare devine din ce in ce mai profund in special in timp ce tu pasesti in dormitor. Observi ca tu te simti mai calm, mai sigur si mai plin de pace

in timp ce te indrepti catre dormitor. Membrele tale devin din ce in ce mai grele si te trag in jos catre pat . In timp ce te bagi in pat observi cat de confortabil te simti sa stai intins in pat. Mintea ta este linistita si te simti calm si relaxat . Pleoapele tale incep sa devina din ce in ce mai grele si acest sentiment este bine venit .

Cand esti gata , pleoapele tale se inchid. Stai intins confortabil si observi ca esti liber de orice disconfort emotional sau fizic. Nu ai nici o preocupare , deoarece mintea ta este foarte linistita si calma . Te simti din ce in ce mai adormit . Nu simti nevoia sa verifici ceasul , deoarece corpul tau stie cum sa adoarma , cum sa ramana adormit si cum sa se trezeasca cand este pregatit sa se trezeasca . Ceasul este neimportant si nu simti deloc nevoia sa te uiti la el , deoarece tu lucrezi cu corpul tau .Este important sa-ti amintesti ca atunci cand corpul tau este pregatit sa adoarma , va adormi. Aceasta experienta a somnului va fi una de somn profund . Daca te trezesti in timpul noptii, vei adormi la loc usor , chiar daca te-ai trezit ca sa te duci la baie , deoarece corpul tau stie cum sa adoarma. Te simti plin de pace si in siguranta si foarte, foarte somnoros. Tu stii ca , corpul tau stie cum sa adoarma , pentru ca ai facut acest lucru inca din copilarie si la fel de mult ca si atunci cand erai copil, somnul este binevenit si corpul tau se va trezi cand a dormit destul . Este important sa dormi indeajuns si sa mentii aceeasi ora de culcare si ora de trezire chiar si in timpul weekend-urilor. Te vei odihni, vei dormi bine .Ai abilitatea de a experimenta un somn profund refacator la fel cum ai abilitatea de a conduce activitatile de zi cu zi ale vietii tale, chiar acum. Cand te vei trezi cand suna ceasul dimineata , te vei simti refacut si energic si gata sa iti incepi ziua .(Graci si Hardie ,2007,p.299-300.reprodus cu permisiunea autorilor).

Sugestiile posthipnotice

Inaintea terminarii sedintei hipnotice , sugestiile posthipnotice sunt date pentru a consolida strategiile comportamentale si abilitatea de a se relaxa si a-si pregati mintea si corpul pentru somn.

Antrenamentul de auto-hipnoza

Componenta de auto-hipnoza a hipnoterapiei cognitive pentru insomnie este dedicata sa cultive reactia fiziologica coborata , sa contracareze ruminarile negative (auto-hipnoza negativa) , sa furnizeze continuitatea intre sedinte si sa faciliteze transferul indemanarilor la situatia reala. Este recomandat ca pacientii cu insomnie sa fie antrenati sa auto-induca relaxarea hipnotica eficient , fara nevoia de a utiliza instrumente externe, cum ar fi casete audio sau CD-uri (Manber si Kuo,2002).

Restructurarea cognitiva

In timp ce sunt in pat , insomniacii cronici sunt starniti cognitiv datorita „intrecerii” dintre minte, ganduri intruzive si ingrijorari . Ei tind sa rumineze in legatura cu detaliile evenimentelor specifice care au aparut in timpul zilei . Conform lui Manber si Kuo(2002,p.180):

Starnirea cognitiva este mentinuta si exacerbata prin gandurile si credintele in legatura cu somnul , care sunt incompatibile cu procesul adormirii . De exemplu, gandurile care reflecta urgenta mare pentru somn sau amplificarea consecintelor unui somn slab probabil cresc starnirea mentala si interfereaza cu instalarea somnului . Un exemplu de astfel de gand este , „Trebuie sa adorm curand , altfel va fi un dezastru maine”. In mod similar , gandurile care reflecta o nevoie inalta de a controla somnul conduc la frustrare si „performanta anxietatii” care cresc starnirea cognitiva si care impiedica conformarea instructiunii controlarii stimulului de a se ridica din pat cand este incapabil sa adoarma . Un exemplu de astfel de gand este, „Daca pur si simplu raman in pat si voi incerca mai mult, atunci voi adormi”.

Terapia cognitiv-comportamentala pentru insomnie are drept scop sa schimbe aceste ganduri si credinte maladaptative in legatura cu somnul . O revizuire comprehensiva a implementarii terapiei cognitiv-comportamentale in tulburarile de somn este realizata in lucrarea lui Morin (Morin,1996). Terapia cognitiv-comportamentala pentru insomnie implica aceleasi principii utilizate in terapia cognitiv-comportamentala , cu exceptia faptului ca este directionata catre schimbarea credintelor si atitudinilor disfunctionale in legatura cu somnul. (Lichstein si Morin, 2000).In plus, comportamentele maladaptative sunt inlocuite cu comportamente „pre-adormire si post-adormire” mult mai adaptative . Totusi, primul pas in terapia cognitiv-comportamentala incepe cu educarea pacientului. Educarea pacientului este o cerinta esentiala pentru rezolvarea insomniei.Pacientii trebuie sa invete cum sa recunoasca problemele de somn la fel ca si credintele si comportamentele lor maladaptative . Terapia cognitiv-comportamentala poate fi inceputa si condusa in acelasi fel ca cel descris in capitolul 3 (de asemenea, vezi Alladin, 2007b).

Hipnoterapia, de asemenea, poate fi integrata cu componenta restructurarii cognitive. Graci si Hardie (2007) au enumerat trei obiective principale pentru integrarea acestor strategii cognitive in scenariile hipnotice pentru somn . Acestea sunt contracararea gandurilor irrationale cu afirmatii rationale ; inducerea relaxarii si adancirii tehnicilor hipnotice pentru a creste timpul in care ramane adormit ; si asistarea pacientului in descresterea starilor de starnire atat din timpul zilei, cat si din timpul noptii si tensiunii somatizate .

SUMAR

Capitolul a revizuit etiologia si literatura empirica existenta asupra aplicarii hipnoterapiei in tratamentul tulburarilor de somn.

Exista o nevoie imediata pentru mai multa cercetare care sa evalueze eficacitatea hipnoterapiei , atat ca modalitate de tratament singulara, cat si ca modalitate de tratament multipla pentru rezolvarea tulburarilor de somn . Odata ce aceasta eficacitate este stabilita , va creste utilizarea hipnoterapiei si cerinta pentru serviciile ei ca un tratament al tulburarilor de somn nonbiologice .

Desi abordarile de tratament comportamentale pentru tulburarile de somn consuma initial mai mult timp si sunt mult mai scumpe decat medicatia hipnotica exista beneficii pe termen lung asociate cu tratamentele comportamentale . De exemplu, luand in considerare numarul total de vizite la medic si de retete poate fi mult mai eficient din punct de vedere al costului, ca pacientii sa se angajeze in tratamente comportamentale . Cercetarea curenta sustine utilizarea abordarilor comportamentale pentru tratarea tulburarilor de somn „nonbiologice” (comportamentale) , cum ar fi insomnia , deoarece aceste abordari au ca tinta sa rezolve problemele insotitoare asociate cu tulburarea de somn , in timp ce agentii farmaceutici nu fac acest lucru . Accentuarea trebuie sa fie plasata asupra combinarii terapiei cognitiv-comportamentale si hipnoterapiei ca abordari de tratament pentru tulburarile de somn .

Intre timp, poate fi benefic pentru hipnoterapeuti sa obtina antrenament de specialitate in evaluarea si managementul tulburarilor de somn comportamentale . Acest antrenament de specialitate ar trebui sa invete clinicienii cum sa incorporeze terapia somnului in scenariile hipnotice . Curent, utilizarea hipnozei , fie ca modalitate de tratament singulara, fie ca modalitate de tratament multipla, este limitata la un foarte mic subset de tulburari de somn comportamentale . Exista o nevoie imediata pentru mai multa cercetare care sa evalueze eficacitatea hipnoterapiei , fie ca modalitate de tratament singulara, fie ca modalitate de tratament multipla pentru managementul tulburarilor de somn. Odata ce aceasta eficacitate este stabilita , va creste utilizarea hipnoterapiei si cerinta pentru serviciile sale ca tratament al tulburarilor de somn nonbiologice.

CAPITOLUL 9

HIPNOTERAPIA COGNITIVA IN MANAGMENTUL DISFUNCTIILOR SEXUALE

INTRODUCERE

Disfunctiile sexuale sunt caracterizate prin tulburarea dorintei sexuale si schimbari psihofiziologice care caracterizeaza ciclul raspunsului sexual si care provoaca distress marcat si dificultati interpersonale (DSM-IV; Asociatia Americana de Psihiatrie, 2000). DSM-IV enumera trei tipuri de disfunctii sexuale: tulburari ale dorintei sexuale, tulburari ale starnirii sexuale si tulburari orgasmice. Acest capitol se va concentra pe tulburarea starnirii sexuale, si anume *tulburarea erectila masculina*. Oadata cu „revolutia viagra”, intelegerea si tratamentul tulburarii erectile masculine s-a schimbat dramatic in ultimii 10 ani. Scopul acestui capitol este de a revizui etiologia si tratamentele empirice existente pentru tulburarea erectila masculina si apoi sa descrie hipnoterapia cognitiva pentru disfunctia erectila. O abordare de tratament multi-modala care combina terapia sexuala si medicatia (inhibitori de tip 5 phosphodiesterase; Cialis, Viagra si Levitra) cu hipnoterapia in managmentul tulburarii erectile masculine. Protocolul de tratament multi-factor poate fi usor adaptat la tratamentul altor disfunctii sexuale. Capitolul, de asemenea discuta caile inovative ale furnizarii tratamentului pentru tulburarea erectila masculina in contextul medicinei sexuale. Descrierea detaliata a hipnoterapiei cognitive pentru disfunctia erectila poate fi evaluata usor si dintr-o astfel de evaluare, efectul suplimentar al hipnozei la terapia sexuala pentru tulburarea erectila masculina va fi determinat.

TULBURAREA ERECTILA MASCULINA

Descriere si clasificare

Trasatura esentiala a tulburarii erectile masculine (ne-am referit la ea ca la disfunctie erectila) este o inabilitate persistenta si recurenta de a obtine sau de a mentine pana la terminarea activitatii sexuale, o erectie adecvata (DSM-IV, 2000). Pentru ca diagnosticul sa fie dat, tulburarea trebuie sa provoace distress marcat sau dificultate interpersonală si nu trebuie sa fie datorata unei tulburari psihiatrice, conditii medicale sau abuzului de substante. Patternurile diferite de disfunctie erectila pot face sa apara:

1. Inabilitatea de a obtine o erectie din instalarea experientei sexuale.
2. O erectie completa este obtinuta, dar tumescenta este pierduta la penetrare.
3. O erectie completa este mentinuta la penetrare, dar tumescenta este pierduta inaintea sau in timpul impingerii.
4. O erectie este experimentata doar in timpul auto-masturbarii.
5. Pierderea erectiei in timpul masturbarii (aparitie rara).

Disfunctia erectila este o problema sexuala comuna la barbati, afectand mai mult de jumatate din barbatii de peste 50 de ani, inclusiv barbati singuri si casatoriti. Poate provoca distress emotional semnificativ si afecta calitatea vietii si relatia cu partenerul. Disfunctia erectila este asociata cu o varietate de factori de risc medicali si psihologici si studiile epidemiologice recente au sugerat ca disfunctia erectila poate fi un marker timpuriu pentru tulburarile cardiovasculare, diabet si sindroame metabolice (Rosen si colaboratorii, 2005; Thompson si colaboratorii, 2005). Aceste studii au identificat varsta, boala cardiovasculara si depresie ca predictori puternici ai disfunctiei erectile. Cercetarea Vietii Sociale a Institutului National de Sanatate (Laumann, Paik si Rosen, 1999) condusa in S.U.A. a descoperit ca 7% din barbatii cu varsta sub 30 de ani si 18% din barbatii mai in varsta de 50 de ani experimenteaza disfunctie erectila (definita ca o dificultate de a realiza sau mentine erectia). Studiul de asemenea a descoperit ca disfunctia erectila este semnificativ legata de probleme de sanatate, stress emotional si un istoric de simptome ale tractului urinar. Desi distress-ul si cautarea tratamentului a fost ridicat la barbatii tineri si de varsta mijlocie, recent a fost o crestere dramatica a numarului de barbati de toate varstele care cauta terapii orale (inhibitorii 5 PDE). Este estimat ca exista curent 25-30 de milioane de barbati in lumea larga care iau inhibitori PDE-5 (inhibitori de tip 5 phosphodiesterase)(Cialis, Viagra si Levitra) si o „revolutie Viagra” suplimentara a incurajat multe milioane de barbati cu disfunctie erectila sa recunoasca problema lor sexuala si sa caute tratament medical. Unii scriitori (de ex. Bancroft, 2002) au exprimat, totusi,

preocuparea lor in legatura cu riscul potential asociat cu „medicalizarea” sexualitatii masculine si rolul antreprenorial al industriei farmaceutice in acest domeniu. In plus, preocuparile au fost de asemenea exprimate in legatura cu „dihotomizarea falsa” a disfunctiilor sexuale in organice si psihogene (Wincze si Carey, 2001) si un model de tratament integrat este recomandat (de ex. Perelman, 2005).

Disfunctia erectila este subclasificata in organica sau psihogena, bazat pe absenta sau prezenta factorilor organici specifici, cum ar fi conditiile vasculare, hormonale neurologice. In absenta acestor conditii organice, un diagnostic psihogen al disfunctiei erectile a fost dat in mod traditional. Cu alte cuvinte, diagnosticul psihogen a fost facut prin excluderea unei cauze organice. Lizza si Rosen (1999) au propus si au extins clasificarea disfunctiei erectile psihogene prin incorporarea trasaturilor clinice (de ex. Disfunctie erectila generalizata versus situationala) si au emis ipoteza mecanismului etiologic al excitatiei sau inhibitiei centrale (vezi tabelul 9.1). Aceasta noua clasificare a delimitat scopul si adancimea tratamentului psihologic pentru disfunctia erectila.

Tabelul 9.1. Clasificarea disfunctiei erectile psihogene. Adaptata dupa Rosen.

-
- I. De tip generalizat
 - A. Insensibilitate generalizata
 - 1. Lipsa primara a starnirii sexuale
 - 2. Declinul legat de varsta al starnirii sexuale.
 - B. Inhibitie generalizata
 - 1. Tulburare cronica a intimitatii sexuale
 - II. De tip situational
 - A. Legata de partener
 - 1. Lipsa starnirii in relatia specifica
 - 2. Lipsa starnirii datorata preferintei obiectului sexual
 - 3. Inhibitie centrala inalta datorate conflictului cu partenerul sau amenintarii.
 - B. Legata de performanta
 - 1. Asociata cu alte disfunctii sexuale (de ex. Ejaculare rapida)
 - 2. Anxietate legata de performanta sexuala (de ex. Frica de esec)
 - C. Distress psihologic sau legat de adaptare

1. Asociata cu stare de dispozitie negativa (de ex. Depresie) sau de stress de viata major (de ex. Moartea partenerului).
-

Masters si Johnson (1970) au sugerat ca disfunctia erectila ar trebui de asemenea sa fie subdivizata in *primara* (de-a lungul vietii)sau *secundara*(dobandita). Disfunctia erectila psihogena primara care este rara se refera la inabilitatea de-a lungul vietii de a obtine succesul performantei sexuale , de obicei asociata cu un pattern cronic al inhibitiei sexuale sau interpersonale. Disfunctia erectila psihogena secundara apare dupa o perioada de performanta sexuala satisfacatoare (Rosen,2007). Disfunctia erectila psihogena poate fi de asemenea secundara abuzului de substante ,unei alte tulburari psihiatrice (de exemplu, depresie , tulburare de anxietate generalizata) sau unei alte probleme sexuale.

ETIOLOGIA DISFUNCTIEI ERECTILE

Erectia este o consecinta sau o secventa de raspunsuri implicand creierul , maduva spinarii, nervii periferici si vascularizatia locala (Bancroft,1989). In plus, constientizarea lipsei raspunsului erectil poate afecta in mod advers acest sistem prin trasaturi ale mecanismelor psihologice , asa cum am vazut mai sus. De aceea este logic ca o varietate de factori pot interveni in diferite puncte din acest sistem complex , toti producand esecul erectiei si adesea, mai mult decat un mecanism poate fi implicat . Ipotezele teoretice predominante cu privire la patogeneza disfunctiei erectile pot fi grupate in abordari psihogene organice si mixte(Perelman,2005).

Cauzele psihogene

In timpul primei jumatati a secolului 20 principala cauza a disfunctiei erectile era atribuita factorilor psihogeni. Freud a subliniat ca anxietatea instalata profund si conflictele interne constituie radacina disfunctiilor sexuale(Reynolds,1981). In geneza disfunctiei erectile , teoriile psihodinamice accentueaza rolul conflictelor inconstiente insotitoare si lanseaza ipoteza ca disfunctia erectila este o manifestare a unei probleme de personalitate generalizate. Conflictele oedipale nerezolvate se crede ca produc sentimente de vina si de teama referitoare la sex si, cel mai important, rezulta anxietatea de castrare inconstienta. Nu exista nici o dovada ca trasaturile sau stilurile psihologice specifice sunt

asociate cu disfuncția erectilă, deși anxietatea și depresia pot duce la manifestarea disfuncției sexuale (Perelman, 2005). În plus, factorii situaționali, cum ar fi stresul, stimulii de mediu sau problemele relaționale pot contribui la sau chiar provoca disfuncția erectilă. Kaplan (1974) a sugerat că disfuncția erectilă poate fi mai bine conceptualizată ca fiind concomitentă fiziologic anxietății, mai curând decât ca defenestrare împotriva ei. Această anxietate, argumentează ea, nu trebuie să fie datorată fricii de castrare sau unui conflict oedipal nerezolvat, dar poate fi rezultatul unei starniri sexuale care a fost asociată cu evenimente negative (rusine, frica de pedeapsă sau de boala fizică) în timpul anilor formativi ai copilăriei. În mod similar, *anxietatea de performanță* (frica în legătură cu o performanță inadecvată) a fost identificată de Masters și Johnson (1970) și de asemenea de Kaplan (1974) ca prima cauză a disfuncției erectile. Unii bărbați au astfel de așteptări înalte nerealiste în legătură cu performanța lor, încât ei trebuie să monitorizeze constant acea performanță. Acest comportament de monitorizare provoacă anxietate, care poate afecta starnirea sexuală. Teoriile cognitiv-comportamentale accentuează importanța de a fi concentrați pe stimulii sexuali pentru ca starnirea și erectia să apară. Erectia este tulburată dacă un bărbat se concentrează pe gânduri nonsexuale, cum ar fi problemele de la muncă sau pe ideea că el trebuie să aibă succes în viața sexuală (Ellis, 1980). Terapiile maritale au accentuat că problemele sexuale sunt adesea o manifestare a dinamicii de cuplu însoțitoare (Segraves, 1982).

Deși nici una din teoriile psihogene nu explică pe deplin complexitatea disfuncției erectile, ele toate accentuează rolul anxietății în disfuncția erectilă. Bancroft (1999) furnizează o înțelegere a rolului anxietății și altor factori psihogeni în disfuncția erectilă în descrierea de către el a balanței delicate între mecanismele excitatorii și inhibitorii centrale. Alți investigați și clinicieni au descris rolul cognitiv în inițierea anxietății și menținerea dificultăților starnirii sexuale. De exemplu, Rosen (2001) și Zilbergeld (1992) au arătat modul cum schimbările în procesele percepționale și atenționale pot conduce direct la variație în erectie. În plus, Masters și Johnson (1970) au demonstrat modul cum „așteptarea” în timpul activității sexuale (mutarea atenției de la stimulii care starnesc și preocuparea cu gândurile negative) a deprimat efectul unei capacități erectile și a răspunsului.

Cauzele organice

În ciuda literaturii cuprinzătoare care indică etiologiile psihogene, există dovezi semnificative cu privire la rolul factorilor organici în provocarea disfuncției erectile. Factorii organici specifici, cum ar fi cel vascular, hormonal, neurologic sau mecanic pot determina disfuncția erectilă. Dacă acești factori sunt prezenți

intr-un grad semnificativ si daca istoricul pacientului indica o asociere temporala intre instalarea disfunctiei erectile si conditia medicala a pacientului , un diagnostic organic este sugerat(Rosen,2007). Desi disfunctia erectila are cauze multifactoriale , cateva boli cronice , cum ar fi ateroscleroza, bolile de inima, hipertensiunea si diabetul au fost identificate ca fiind asociate cu disfunctia erectila(Feldman si colaboratorii, 1994). Din barbatii prezentand disfunctie erectila, 18% au fost gasiti ca sufera de hipertensiune nediagnosticata, 16% de diabet, 15% de hiperplazie prostatica benigna, 5% de boala de inima ischemica, 4% de cancer de prostata si 1% de depresie (Curkendall si colaboratorii,2001). De asemenea, asa cum am observat mai inainte exista o corelatie puternica intre varsta si esecul erectil in populatia clinica . Acest lucru poate reflecta probabilitatea mare a unor factori patologici , cum ar fi boala arteriala la barbatii in varsta . In ultimii zece ani , odata cu progresul schimbarii in sofisticarea diagnosticului, tehnicilor chirurgicale avansate si tratamentelor farmacoterapeutice predominante , disfunctia erectila este vazuta ca o tulburare organica de cei mai multi clinicieni si de publicul general .

Cauzele mixte

Abordarea curenta a patogenzei disfunctiei erectile imbratiseaza paradigma”mixta” in care importanta , atat a factorilor organici, cat si a factorilor psihologici, este apreciata ca avand rol in predispozitia , precipitarea, mentinerea si schimbarea disfunctiei erectile (Perelman,2005). Aceasta rebalansare a perspectivei este catalizata prin consensul opiniilor exprimate de profesionistii sanatatii mentale ca factorii psihologici sunt critici pentru intelegerea functiei si disfunctiei sexuale (Althof,1998; Leiblum si Rosen,2000; McCarthy,1998;Perelman,2003). In timp ce produsele farmaceutice pentru disfunctii sexuale sunt inalt eficiente, recompensa functiei sexuale este experimentata doar intr-o relatie satisfacatoare . Perelman (2005,p.434) afirma :

Disfunctia erectila , la fel ca alte disfunctii sexuale, este cel mai bine inteleasa ca fiind provocata de o interactiune a factorilor organici si psihogeni. Exista o puternica probabilitate a variabilitatii biologice la pragul starnirii. Desi natura exacta a predispozitiei biologice nu este cunoscuta este rezonabil sa concluzionam ca „pragul” pentru instalarea si latentia erectila poate avea o distributie curba , la fel ca alte numeroase variabile umane.

Acest punct de vedere este similar teoriilor cu privire la pragul predispozitiei biologice pentru ejaculare descrise de Perelman(2001) si Waldinger(2002,2005). Determinarea faptului daca mecanisme fiziologice exacte ale unui astfel de „prag” sunt centrale , periferice sau o combinatie a acestora , necesita mai multa cercetare . Totusi, acest pattern al susceptibilitatii prezumate interactioneaza cu o

varietate de circumstante sexuale si dinamici intra si interpersonale , in plus la factorii de risc, de mediu si medicali , rezultand manifestarea disfunctiei.

In plus, setul biologic pentru latentă erectilă este afectat de multipli factori organici si psihogeni , in variate combinatii , in cursul ciclului vietii barbatului. Abordarea ”mixta” pentru intelegerea disfunctiei erectile este foarte bine ilustrata de studiul condus de LoPiccolo(1992) .LoPiccolo a studiat 63 de barbati cu disfunctie erectilă , care au fost investigati atat organic , cat si psihologic. El a descoperit ca 10 barbati aveau etiologie pur psihogena , 3 barbati etiologie pur organica si majoritatea (50 din 63) a manifestat un amestec de factori. Interesant, unul din trei barbati(19 din 63) aveau „tulburari organice moderate”, dar „probleme psihologice semnificative”. Descoperirile lui LoPiccolo sugereaza ca, chiar daca un factor este *potential* etiologic semnificativ (biologic sau psihologic) nu este neaparat *factorul* necesar. Cu alte cuvinte, detectarea unui factor etiologic posibil nu inseamna ca, cauza a fost pe deplin explicata (Maurice,1999). Un astfel de factor poate sa coincida si nu are o semnificatie etiologica actuala . Mai mult, atunci cand nici un factor organic nu apare in izolare , acest lucru poate servi la a face erectia mult mai vulnerabila la tulburarile emotionale si supraactivitatea simpatica, facilitand cercul vicios al anxietatii de performanta care mentine disfunctia erectilă (Buvat si colaboratorii,1990). In plus, daca nu luam in considerare etiologia, barbatii cu disfunctie erectilă au anxietate de performanta care afecteaza tumescenta lor in timpul sexului .

TRATAMENTUL DISFUNCTIEI ERECTILE

Odata cu revolutia Viagra , abordarea de tratament a disfunctiei erectile s-a schimbat semnificativ in ultimii zece ani. Intre 1970 si 1980 prima linie de tratament pentru disfunctia erectilă era terapia sexuala revolutionata de munca lui Masters , Johnson si Kaplan si tratamentul era in principal furnizat de terapeuti si lucratori ai sanatatii mentale . Tendinta curenta este tratamentul farmacologic al disfunctiei erectile , in mod predominant furnizat de medicii de familie si urologi. In aceasta sectiune , abordarile psihologice , hipnotice, medicale si medicale combinate si terapiile sexuale pentru tratamentul disfunctiei erectile vor fi revizuite.

Abordările psihologice

Rosen(2007) identifica cinci abordari pentru managementul psihologic al disfunctiei erectile psihogene. Aceste abordari includ reducerea anxietatii si desensibilizarea , interventiile cognitiv-comportamentale, stimularea sexuala

crescuta , asertivitatea interpersonală și antrenamentul de comunicare în cuplu și antrenamentul de prevenire a recaderii. Aceste abordări vor fi descrise în detaliu mai târziu în acest capitol. Din revizuirea de către ei a dovezilor pe care se bazează tratamentele psihologice pentru disfuncția erectilă, Segraves și Althof(2002) au concluzionat că atât pacienții cu disfuncție erectilă de-a lungul vieții, cât și cei cu disfuncție erectilă dobândită, au obținut castiguri semnificative inițiale și pe termen lung prin participarea la terapie sexuală. Barbatii cu disfuncție erectilă dobândită tind să fie mai bine decât aceia cu disfuncție erectilă primară . Masters și Johnson (1970) au raportat rate de eșec inițial de 41% pentru disfuncția erectilă primară și de 26% pentru disfuncția erectilă secundară și rate de eșec pe termen lung de 41% , respectiv de 31% pentru disfuncția erectilă primară și secundară .

Intr-o excelentă revizuire a investigațiilor bine controlate a terapiilor psihologice pentru disfuncția erectilă, Muhr și Beutler (1990) au observat că rezultatele nu sunt atât de impresionante ca acelea raportate de Masters și Johnson(1970); cu toate acestea, 2 din 3 pacienți s-au îmbunătățit și castigurile tratamentului s-au menținut de la 6 săptămâni la 6 ani. Totuși, studiile pe termen lung au observat o tendință pentru bărbați de a suferi de recaderi. Hawton , Catalan și Fagg(1992) au descoperit că rezultatul pozitiv al tratamentului este asociat cu o mai bună comunicare pre-tratament și cu o adaptare sexuală generală în special la interesul partenerului de sex feminin de a se bucura de sex , absența istoricului psihiatric la femei și dorința cuplului de a completa temele pentru acasă . Din aceste descoperiri, apare că o combinație a medicației și terapiei sexuale implicând partenerul poate îmbunătăți rezultatul tratamentului.

Hipnoterapia pentru disfuncția erectilă

Deși hipnoterapia pentru disfuncția erectilă este întâlnită la intervențiile psihologice , este revizuită separat aici , pentru a sublinia abordările hipnotice pentru tratament. Multi clinicieni și autori (de exemplu, Araoz, 1985, 2005; Crasilneck, 1982; Hammond , 1990; Lemeke, 2005) au scris despre utilitatea hipnoterapiei în managementul disfuncțiilor sexuale dar nu există încă nici o cercetare controlată asupra hipnoterapiei în tulburările sexuale specifice . Crasilneck(1979, 1982) a raportat un mare număr de studii de caz și a urmărit pacienții cu disfuncție erectilă tratați cu hipnoza . Datorită lipsei unor măsuri obiective pre- și post-hipnoza este dificil să tragem concluzii în legătură cu eficacitatea hipnozei în disfuncția erectilă . Un amestec de tehnici hipnotice poate fi obținut din literatură , incluzând managementul anxietății , întărirea eului , integrarea eului, antrenamentul de imaginerie , antrenamentul de sensibilizare , recadrarea , regresia și explorarea și reprocessarea inconștientă. Deși cei mai multi

scriitori accentueaza natura adjuvanta a hipnozei, o descriere detaliata a modului cum aceste tehnici hipnotice sunt integrate cu alte forme de terapie nu este furnizata . De exemplu , Yapko (2003,p.443) afirma ca „ hipnoza si terapia sexuala sunt doua abordari inalt compatibile usor de integrat pentru tratamentul disfunctiei sexuale”, dar nu exista nici o descriere sau nici un protocol de tratament pentru o astfel de integrare in cazul disfunctiei erectile disponibile in literatura . Scopul acestui capitol este de a furniza un cadru conceptual al terapiei multimodale pentru disfunctia erectila , in care tehnicile hipnotice pot fi usor asimilate .

Figura 9.1 furnizeaza o reprezentare schematica a utilizarii hipnozei ca un adjuvant la terapia sexuala la pacientii cu disfunctie erectila . Zilbergert si Hammond (1988) furnizeaza cateva motive pentru utilizarea hipnozei ca un adjuvant la terapia sexuala . Deoarece aceste motive furnizeaza motivul pentru integrarea hipnozei in terapia sexuala, ele sunt sintetizate mai jos:

- Hipnoza are un efect suplimentar cand este combinata cu alte forme de terapie. Terapeutul nu trebuie sa schimbe orientarea lui teoretica pentru a acomoda hipnoza in modul lor preferat de terapie pentru a obtine „un grup de metode care pot imbunatati rezultatele a ceea ce el deja a facut” (Zielbergeld & Hammond, 1988, p. 196).
- Hipnoza furnizeaza cateva metode ale descoperirii cauzelor inconstiente sau uitate ale disfunctiei sexuale. Desi terapia sexuala moderna se concentreaza pe „aici si acum”, Masters si Johnson (1970) au utilizat un model cu doua legaturi ale cauzelor *curente* (de ex. Anxietatea de performanta, asteptarea) si *istorice* (de ex. Religie, trauma psihosexuala) pentru a conceptualiza etiologia disfunctiilor sexuale umane (Davison si colaboratorii, 2005). Hipnoza poate facilita descoperirea informatiei istorice in cazurile in care factorii curenti nu explica in od adecvat cauzele disfunctiei erectile si pacientul nu raspunde la terapia sexuala traditionala.
- Hipnoza faciliteaza „scopul” sau „rezultatul imageriei”.
- Hipnoza imbunatateste „procesul” imageriei sau „repetarea mentala”.
- Hipnoza ajuta sa schimbam *structura* si *continutul* reprezentarilor mentale ale pacientului.
- Hipnoza induce relaxarea rapid si acest raspuns este consolidat si generalizat la variate situatii prin auto-hipnoza.

Figura 9.1. Ilustrația modului cum să incorporăm terapia sexuală cu hipnoterapia

cele 6 componente ale terapiei sexuale acoperite anterior hipnozei

Inhibitori PDES	Reducerea anxietatii	TCC	Stimulare Sexuala	Antrenament Comunicare	Prevenirea recaderii
--------------------	-------------------------	-----	----------------------	---------------------------	-------------------------

tehncici de inductie

tehncici de adancire

Starnire sexuala hipnotica

Sugestiile pot de asemenea include:

Inhibitori recaderii PDES	Reducerea anxietatii	TCC	Stimulare sexuala	Antrenament Comunicare	Prevenirea
---------------------------------	-------------------------	-----	----------------------	---------------------------	------------

Sugestii post-hipnotice

Tratamentele medicale

În această secțiune, revizuirea se va concentra pe farmacoterapie și procedurile medicale cum ar fi injecția intracavernoasă, intervenția uretrală, constricția și chirurgia.

Farmacoterapia

Cea mai comună și cea mai populară farmacoterapie pentru disfuncția erectilă este medicația orală. Curent, există trei inhibitori 5 PDE înalt eficienți, tratamente aprobate de FDA (Administrația Alimentelor și Medicamentelor) pentru disfuncția erectilă : sildenafil (Viagra), vardenafil (Levitra) și tadalafil (Cialis). Acești trei inhibitori 5 PDE sunt utilizați în lumea largă și ei sunt raportați ca fiind siguri, bine tolerați și eficienți în restabilirea erecției la aproximativ 75% dintre bărbații care utilizează medicamentele (Rosen, 2007). Cu sfat adecvat și cu un partener sexual cooperant, cazurile simple de disfuncție erectilă răspund bine la medicație. Totuși, aceste medicamente se pot dovedi ineficiente în prezența relațiilor dificile, deficitelor de dorință, disfuncțiilor sexuale ale partenerului sau a altor condiții medicale (Rosen, 2007). Succesul rezultatului în cercetările clinice ascunde faptul că participanții la cercetare au fost monitorizați pentru depresie și probleme de relație. În zilele noastre o preocupare primară în practica de îngrijire este că mulți medici inițiază tratamentul cu PDE-5 fără să ia în considerare etiologia (Perelman, 2005) și fără o evaluare comprehensivă a problemelor medicale, psihologice și relaționale contribuind la geneza disfuncției erectile. Leiblum (2007, p.218) în editorialul ei, comentează asupra capitolului lui Rosen (Rosen, 2007), care a sintetizat următoarele preocupări:

Determinarea faptului dacă problemele erectile sunt situationale sau generalizate, de-a lungul vietii sau dobândite este la fel de important ca interviuarea barbatului singur și cu partenerul. Evaluarea *factorilor pacientului*, cum ar fi anxietatea de performanță sau inhibiția sexuală, *factorilor partenerului*, cum ar fi stima de sine scăzută sau disfuncția, *calității și satisfacției relației* și *problemelor contextuale*, cum ar fi stress-ul financiar sau familial extins aprinde o lumină asupra variabilelor care pot fi necesare pentru a se adresa tratamentului.

Stimularea tactilă genitală crescută este adesea un ingredient critic în realizarea erecției bune și acest lucru devine în special important când tratăm bărbații în vârstă. Adesea un partener de sex feminin nu este conștient de necesitatea fiziologică a stimulării directe și poate atribui greșit lipsa de erecție a barbatului dezinteresului sexual sau problemele ei pot interfera cu răspunsul sau receptivitatea sexuală a partenerului. Din acest motiv, este important să evaluăm pacientul individual și împreună cu partenerul.

Când inhibitorul PDE-5 este utilizat în contextul descris de Leiblum (2007) nu doar că medicația va fi percepută ca un remediu puternic, ci de asemenea va servi ca un adjuvant extrem de util la tratamentul comprehensiv al tulburărilor erectile. Pe de altă parte, există unele dezavantaje și riscuri pentru utilizarea inhibitorilor PDE-5 în disfuncția erectilă și acestea sunt sintetizate mai jos:

- Ele prezintă riscuri speciale pentru subpopulația selectată. Nitratul concomitent utilizat este puternic contraindicat cu cei trei inhibitori PDE-5.
- Deși ele nu sunt contraindicate în condiții cardiace ci risc înalt, cum ar fi angina și atacurile de cord recente, activitatea sexuală poate fi riscantă. Astfel acestor pacienți ar trebui să nu le fie prescris nici unul din cei trei inhibitori PDE-5.
- Ele sunt contraindicate în leucemie sau cu pacienții care utilizează alți agenți eretogeni cum ar fi injecția intracorporală (pot provoca *priapism* – erecție prelungită).
- Pacienții cu tulburări oftalmologice ar trebui să fie atenți evaluați înaintea prescrierii inhibitorilor PDE-5, deoarece astfel de medicamente au efecte asupra enzimelor fosfodiasteraze din ochi.
- Peste 25% din pacienții cu disfuncție erectilă nu răspund la nici unul din cei trei inhibitori PDE-5.
- Medicamentele nu se adresează problemelor individuale și de cuplu care pot fi cauza sau pot menține factorii.
- O proporție substanțială de bărbați cu disfuncție erectilă iau medicație discontinuu. Un studiu larg (N=25,000, din opt țări) a descoperit că doar 16% dintre pacienții cu disfuncție sexuală au continuat medicația (Rosen și colaboratorii, 2004).
- Rata de succes a inhibitorilor PDE-5 este scăzută la pacienții cu

disfunctie erectila cu conflict sexual sau marital cronic, lipsa dorintei la ambii parteneri si boli psihiatrice semnificative la fiecare partener (Leiblum, 2002; Perelman, 2005). In aceste cazuri o combinatie a medicatiei si interventiilor maritale este recomandata.

- Utilizarea si eficacitatea acestor medicamente este suprapublicata, furnizand un punct de vedere medicalizat asupra disfunctiei erectile.
- Medicalizarea terapiei sexuale perpetueaza „dihotomizarea falsa” a disfunctiilor sexuale in organice si psihogene.

Procedurile medicale

Aceste proceduri implica injectia intracavernoasa, interventia uretrala, constrictia si chirurgia. Inainte de aparitia inhibitorilor PDE-5, aceste optiuni medicale si chirurgicale erau disponibile pentru tratamentul disfunctiei erectile. Din momentul introducerii inhibitorilor PDE-5, aceste proceduri au fost mai putin larg utilizate si in zilele noastre ele sunt considerate a fi „linia secundara” de tratament pentru disfunctia erectila. Pentru o prezentare detaliata si discutarea fiecarei metode, cititorii pot consulta cea De-a Doua Consultare Internationala asupra Medicinii Sexuale (Lue si colaboratorii, 2004).

Terapiile combinate, medicala si sexuala

Desi inhibitorii PDE-5 sunt considerati prima linie de tratament pentru disfunctia erectila, din revizuirile de mai sus ar aprea ca multi clinicieni au sustinut o abordare multi-modala de terapie, constand din interventii farmacologice si terapii sexuale. Rosen (2007, p. 297) a furnizat cateva motive pentru a astfel de intregire:

Exista cateva motive pentru aceasta, incluzand cresterea constientizarii limitelor terapiei farmacologice pentru indivizii sau cuplurile cu bariere sau conflicte psihologice. In unele cazuri, prescrierea inhibitorului PDE-5 poate mari sau exacerba conflictele insotitoare ale cuplului sau revela o lipsa de dorinta la unul sau ambii parteneri. Problemele sexuale ale partenerului sau alte probleme ale cuplului pot fi accentuate utilizand sildenafil. Desi aceasta preocupare se aplica in mod egal in cazurile tratamentelor medicale sau chirurgicale pentru disfunctia erectila (Althof, 1998), numarul mare de barbati care iau inhibitori PDE-5 (mai mult de 20 de milioane in momentul in care scriem aceasta carte) si larga raspandire a utilizarii medicamentelor, rolul problemelor concomitente psihologice sau interpersonale a crescut dramatic. Mai curand decat sa apeleze la terapia sexuala inechita sau neneesara, introducerea inhibitorilor PDE-5 a condus

la redefinirea rolului si importanței interventiilor psihologice in disfuncția erectilă. Aceasta este in particular relevanta in zilele noastre, in viziunea ratei crescute de discontinuitate si renuntare la terapia medicala (Rosen si colaboratorii, 2004).

Un studiu foarte recent (Banner, Rodney si Anderson, 2007) a comparat eficacitatea unui protocol de tratament integrativ constand din sildenafil si terapie sexuala cognitiv-comportamentala cu utilizarea sildenafilului singur. Subiectii au constat din 53 de barbati(cupluri) cu disfuncție erectilă psihogenă cărora li s-a administrat fie Itp, fie sildenafil. După patru săptămâni de tratament combinat, 48% din barbati au indeplinit criteriile pentru succesul funcției erectile si 65,5% pentru satisfactie, comparativ cu barbatii cărora li s-a administrat numai sildenafil cu 29% si 37,5% rate de succes. După primele patru săptămâni de tratament, grupul care a primit sildenafil a primit si terapie cognitiv-comportamentala timp de patru săptămâni si rezultatele au fost comparate cu primul grup mixt. Acest studiu indica clar ca rata înaltă de succes clinic a fost la tratamentul combinat psihologic si farmacologic. Perelman (2005) a propus doua modele ale îngrijirii integrate pentru disfuncția erectilă care pot fi adoptate in cadrul medicinei sexuale. Aceste doua modele de îngrijire pot fi etichetate ca practica independenta si practica colaborativa.

- *Modelul practicii independente.* Prima grija a medicilor sau urologilor este sa practice independent dar integrat, consilierea sexuala cu interventia farmaceutica in tratarea disfuncției sexuale.
- *Modelul practici colaborative.* In acest model, medicii sau urologii, inarmati cu interventiile farmaceutice colaboreaza cu terapeutii sexuali intr-o abordare de tratament multi-disciplinara coordonata. Combinatiile clinice sunt determinate de simptomele prezente si de expertiza variata a acestor profesioniști.

Pentru aceste doua modele de lucru, Perelman (2005, p.442) a enumerat cateva criterii care trebuie sa fie indeplinite:

- Clinicianul consultat mai intai de pacient va determina propria sa dorinta, interes, antrenament si competenta pentru a trata disfuncția erectilă.
- O abordare biopsihosociala pentru etiologie, evaluare si tratament va fi adoptata.
- Clinicianul ia in considerare cele doua criterii anteriare, in colaborare cu pacientul si va determina cine initiaza tratamentul la fel ca si cum si cand va fi trimis pacientul.
- Modelul independent sau colaborativ va fi determinat de complexitatea psihosociala a cazului.

- Clinicianul care trateaza va diagnostica pacientul care sufera de obstacole psihosociale moderate sau severe. Aceasta caracterizare va fi determinata de evaluarea informatiei disponibile si de evaluarea faptului cum ar trebui sa continue terapia (abordarea formularii cazului).
- Clinicianul consultat va continua tratamentul si va face trimiteri bazate pe progresul obtinut.
- Hipnoza poate facilita terapia sexuala in absenta unui partener.

Abordarea hipnoterapiei cognitive descrisa in urmatoarea sectiune adopta modelul colaborativ, deoarece in cele mai multe cazuri, pacientii cu disfunctie erectila sunt trimisi la terapeutii sexologi dupa o incercare care nu a avut succes de administrare a inhibitorilor PDE-5.

HIPNOTERAPIA COGNITIVA PENTRU DISFUNCTIA ERECTILA

Hipnoterapia cognitiva combina terapia sexuala cu hipnoterapia in cadrul medicinei sexuale. Aceasta abordare multi-modala de tratament al disfunctiei erectile poate fi furnizata singura fie de medicii primari, fie de urologi, depinzand de complexitatea cazului si de interesul si competenta clinicianului care trateaza. Sau tratamentul mixt poate fi oferit in colaborare cu medicii primari sau urologii si terapeutul sexolog. In practica, tratamentul combinat este de obicei furnizat cu modelul practicii colaborative. In mod obisnuit pacientul este trimis la terapeutul sexolog sau la un profesionist de sanatate mentala, dupa o incercare initiala cu inhibitor PDE-5 sau in timp ce pacientul ia inhibitor PDE-5. Deoarece majoritatea terapeutilor sexologi sau profesionistilor de sanatate mentala care practica terapia sexuala si hipnoterapia nu sunt medici, abordarea colaborativa este cel mai larg utilizat model de ingrijire pentru pacientii cu disfunctie erectila.

Asa cum am vazut mai devreme, hipnoterapia cognitiva pentru disfunctia erectila implica sase componente: medicatie; reducerea anxietatii si desensibilizare; interventii cognitive-comportamentale; stimulare sexuala crescuta; asertivitate interpersonală si antrenament de comunicare in cuplu; antrenament de prevenire a recaderii. Figura 9.1 de mai devreme din acest capitol ilustreaza modul cum sa incorporam terapia sexuala si medicina sexuala cu hipnoterapia. Hipnoterapia serveste scopul dual al imbunatatirii si consolidarii efectului fiecareia din cele sase componente. Descrierea hipnoterapiei cognitive va ilustra faptul ca nu exista cercetari controlate cu privire la hipnoterapia in disfunctiile sexuale, asa cum am vazut in capitolele anterioare cateva revizui si metaanalize si cercetarile au demonstrat efectul suplimentar al hipnoterapiei cand este combinata cu terapia

cognitiv-comportamentala in managementul variatelor tulburari emotionale (Alldin si Alibhai, 2007; Bryant si colaboratorii, 2005; Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Schoeneberger, 2000). Este de asteptat ca hipnoterapia, ca un adjuvant la terapia sexuala (inclusiv medicatie) va imbunatati efectul tratamentului. Totusi aceste ipoteze pot fi testate prin cercetari controlate. Cu toate acestea, protocolul hipnoterapiei cognitive pentru disfunctia erectila asa cum a fost descris in acest capitol furnizeaza un design pentru evaluarea efectului suplimentar al hipnoterapiei in disfunctia erectila. Inaintea descrierii celor sase componente ale hipnoterapiei cognitive in disfunctia erectila, evaluarea procedurii este discutata.

Evaluarea

Evaluarea disfunctiei rectile este complexa si adesea necesita colaborare considerabila cu alti profesionisti. La fel ca in alte tulburari descrise in aceasta carte, evaluarea medicala si psihosexuala a disfunctiei erectile trebuie avuta in vedere in contextul formularii cazului (vezi appendicele C si D). Dat fiind dovada puternica a asocierii intre disfunctia erectila si variati factori de risc medicali (de ex. Diabet, boala arteriala coronariana) un istoric medical comprehensiv, examinarea fizica si teste de laborator selectate pentru toti barbatii cu disfunctie erectila sunt recomandate de ghidurile recente publicate de a Doua Consultarea Internationala a Disfunctie Sexuale la Barbati si Femei (Lue si colaboratorii, 2004). Desi testele de screening nu sunt diferite de examinarea fizica de rutina, specialistii accentueaza ca aceasta este plasata asupra sistemelor genito-urinar, endocrin, vascular si neurologic (Rosen, 2007). Evaluarea ar trebui de asemenea sa revizuiasca factorii pacientului, cum ar fi anxietatea de performanta sau inhibitia sexuala; probleme ale partenerului, cum ar fi stima de sine scazuta sau problemele de performanta sexuala; calitatea relatiei; si variabilele sexuale si contextuale, cum ar fi stres-ul financiar si disfunctia familiala (Althof si colaboratorii, 2005). Clinicianul ar trebui sa evalueze pe scurt psihopatologia evidenta care poate interfera semnificativ cu initierea tratamentului (Perelman, 2005).

Medicatia

Trimiterea la medic este in mod obisnuit responsabila pentru prescrierea si monitorizarea inhibitorilor PDE-5. Totusi, medicul ar trebui sa ofere pacientului alegeri in legatura cu preferinta lor pentru tratament. Perelman(2005) subliniaza ca furnizarea unei descrieri echilibrate a optiunilor de tratament, inclusiv informatia asupra farmacocineticelelor, studii eficace si propria experienta clinica are drept rezultat acordarea de catre pacient importante optiunilor terapeutice ale clinicianului. Incorporarea preferintelor pacientului in tratament promoveaza o

alianța terapeutică, îmbunătățește conformarea și minimizează obstacolele psihosociale. Perelman (2005) sfătuiește medicii să obțină avantaje din această informare pentru a crește eficacitatea tratamentului. Medicul ar trebui să fie sensibil în legătură cu preocupările pacientului cu privire la siguranță și efectele secundare pe termen lung al medicației.

Reducerea anxietății și desensibilizarea

Tehnicile de reducere a anxietății au constituit din punct de vedere istoric o trăsătură centrală a tratamentului psihologic pentru disfuncția erectilă. De exemplu, Wolpe (1958) și Lazarus (1965) au accentuat importanța desensibilizării sistematice în apariția anxietății de performanță și inhibițiilor asociate cu disfuncția erectilă. Ei au recomandat de asemenea utilizarea tehnicilor de relaxare și evitarea desfășurării în timpul fazelor timpurii ale tratamentului. Dar, Masters și Johnson (1970) sunt cei care au dezvoltat „concentrarea pe senzație”, exersarea unei forme de desensibilizare în vivo pentru a neutraliza efectele anxietății de performanță la bărbații cu disfuncție erectilă. Deoarece concentrarea pe senzație este încă considerată centrală pentru managementul psihologic al disfuncției erectile, este descrisă în detaliu aici (sintetizată de Bancroft, 1989). Concentrarea pe senzație constă din trei etape: concentrarea pe atingere 1 (SF1), concentrarea pe atingere 2 (SF2) și concentrarea pe atingere 3 (SF3).

Concentrarea pe atingere 1

SF1 este destinată să elimine anxietatea de performanță, să dezvolte sentimentele de încredere în relație, și să obțină un sentiment de auto-protecție și auto-asertivitate. Cuplul este instruit să se atingă unul pe altul când sunt dezbracați, se simt confortabil și în siguranță. Totuși nu va fi nici o atingere genitală. Persoana care atinge ar trebui să o facă din proprie inițiativă; acest lucru induce bucuria de a fi atins mai curând decât să încerce să multimească partenerul (de ex. auto-asertivitate). Persoana care a fost atinsă ar trebui să nu facă nici un comentariu, cu excepția faptului dacă găsește că este ceva neplăcut (de ex. auto-protecție). Apoi persoana care atinge se va opri sau va schimba ceea ce a făcut. După 20 de minute, cuplul schimbă locurile și cealaltă persoană va fi activă. Această alternanță se aplică de asemenea pentru a iniția procesul. Această înseamnă că cuplul schimbă rolurile pentru a începe exercițiul la fiecare sesiune.

Anterior începerii concentrării pe atingere, cuplului îi sunt date motive clare pentru a face exercițiile. Principalul motiv al SF1 este de a învăța să atingă pentru

propria placere; aceasta inseamna ca acest exercitiu permite acelor participanti:

- Sa verifice daca fiecare persoana se simte confortabil sa fie asrtiv sexual si sa nu ofere placere inainte de a o experimenta.
- Sa descopere sau sa redscopere ca atingerea poate fi placuta in sine.
- Sa schimbe un sentiment de obligatie de a raspunde, de ex. „Ea incearca sa ma starneasca, de ce nu am o erectie?” Aceasta eliberare de presiunea performantei permite adesea ca persoana sa fie atinsa pentru a se bucura si mai mult de experienta.

Cuplul este sfatuit sa practice SF1 de trei ori pe saptamana. Dureaza de la una la trei saptamani, depinzand de complexitatea cazului pentru a realiza scopurile legate de SF1. Terapeutul revizuieste progresul si ia in considerare preocuparile care apar.

Concentrarea pe atingere (SF2)

Odata ce cuplul este capabil sa se relaxeze si incepe sa se bucure de placerea exercitiului, ei vor evolua la SF2. Aceasta etapa difera de SF1 doar prin aceea ca persoana care a fost atinsa este rugata sa dea un feedback pozitiv sau unul negativ. Cu alte cuvinte, persoana este capabila sa comunice liber ceea ce o bucura la ca si ceea ce este neplacut. Atingerea partenerului poate atunci sa se face cu acordul acestuia. Sunt necesare de la una pana la doua saptamani (de trei ori pe saptamana) pentru a realiza scopurile SF2.

Concentrarea pe atingere (SF3)

Cand cuplul este capabil sa faca fata exercitiilor implicate in SF2, ei sunt instruiti sa se mute la SF3. In aceasta etapa atingerea genitila este permisa si erectia completa este realizata. Pacientii cu disfunctie erectila care sunt pe inhibitori PDE-5 sunt instruiti sa ia medicatia cu 30 de minute inainte de initierea exercitiului SF3. Pacientii cu disfunctie erectila cu o reteta pentru PDE-5 sunt instruiti sa nu ia medicatia in timpul terapiei SF1 si SF2. Scopul SF3 este pur si simplu de a se bucura de experienta de a atinge si de a fi atins. Daca erectia completa este realizata, ea ar trebui sa apara la sfarsitul exercitiilor SF3. Desi atingerea genitila este permisa, o persoana ar trebui sa nu incerce sa starneasca sau sa masturbeze partenerul. In timpul intrimisiunii pacientii cu disfunctie erectila sunt incurajati sa se concentreze pe sentimentul de a fi in „interior” mai curand decat sa se concentreze pe performanta. Sedintele ulterioare sunt croite pentru a se potrivi nevoilor cuplului.

Hipnoterapia pentru relaxare si antrenamentul imaginerii

Reducerea anxietatii, desensibilizarea in vivo si exercitiile Sf pot fi imbunatatite cu ajutorul hipnozei. Deoarece anxietatea pare sa fie centrala pentru disfunctia erectila, hipnoza poate fi utilizata pentru a induce relaxarea; a demonstra puterea mintii; pentru a realiza intarirea eului; pentru antrenamentul de imagerie; pentru a invata auto-hipnoza; si a oferi sugestii post-hipnotice.

Antrenamentul de relaxare

Asa cum am mentinat in capitolele anterioare, unul din scopurile importante ale utilizarii hipnozei in contextul hipnoterapiei cognitive este de a induce relaxarea. Zilbergeld si Hammond (1988) au facut observatia ca desi terapeutii sexologi accentueaza rolul anxietatii in disfunctia erectila, ei nu antreneaza pacientii lor sa se relaxeze. Este de asemenea ironic ca terapeutii sexologi inhiba desfasurarea sexuala in timpul SF1 si SF2, dar nu invata pacientii lor indemanari de a face fata prohibitiei sexuale. Pacientii pot invata aceste indemanari foarte usor prin hipnoza.

Variatele tehnici de inductie hipnotica pot fi utilizate pentru a produce relaxarea profunda. Eu, de obicei utilizez relaxarea cu metoda numararii adaptata dupa Gibbons (1979; vezi Alladin, 2007b) pentru inducerea si adancirea transei hipnotice (vezi Apendicele E). Prin invatarea de a se relaxa, pacientii cu disfunctie erectila sunt capabili sa reduca anxietatea si sa imbinatateasca sentimentele de auto-eficacitate, de bine si sentimentul de control (Bernstein, Borkovec si Hazlett-Stevens, 2000). Aceste experiente promoveaza expectanta pozitiva si o puternica alianta terapeutica.

Demonstrarea puterii mintii

Catalepsia ochilor si a corpului sunt induse hipnotic pentru a demonstra puterea mintii asupra corpului. Aceste demonstratii ratifica puterea trasei hipnotice, aduapta expectanta pozitiva si induce increderea pacientilor cu disfunctie erectila ca ei pot avea control asupra disfunctiei lor sexuale.

Intarirea eului

Sugestiile de intarire a eului sunt oferite pacientilor cu disfunctie erectila pentru a creste increderea in abilitatea lor de a face fata simptomelor. Adoptarea

unei *auto-eficacitati percepute* (Bandura, 1977) contracareaza anxietatea de performanta si cognitiile negative legate de disfunctia lor. Scenariul de hipnoza din Apendicele E furnizeaza o lista de sugestii de intarire a eului generalizate care pot fi adaptate pentru a fi utilizate cu pacientii cu disfunctie erectila.

Antrenamentul de imagerie pentru starnire

Dupa intarirea eului, pacientului ii este furnizata o imagine pentru promovarea relaxarii, pentru a deveni implicat in exercitiile SF si a fi starnit. Hammond (1990, pp. 358-9) furnizeaza un scenariu hipnotic pentru ajutarea pacientului cu disfunctie erectila sa evite asteptarea si sa devina implicat si absorbit in exercitiile SF. El de asemenea furnizeaza un scenariu pentru inducerea starnirii si promovarii erectiei (Hammond, 1990, p. 354). Hammond il numeste *Tehnica Stapanului Care Controleaza Camera*, care implica ca pacientul cu disfunctie erectila sa-si imagineze ca intra intr-o camera de control din hipotalamus si regleaza dorinta sexuala si erectia.

In aceasta tehnica pacientul isi imagineaza ca intra intr-o camera de control din hipotalamus unde exista un panou de reglare a dorintei sexuale si care are nivele de la 0 la 10. Pacientului ii este spus ca 0 reprezinta nici o dorinta, in timp ce 10 reprezinta interes sexual crescut. Pacientul ii spune terapeutului ce numar apare pe ecran (cel mai tipic 1 sau 2). Sugestiile sunt apoi date pentru a-si imagina treptat mutarea catre numerele de mai sus, cate un numar o data. Intre numare, sugestii care sunt oferite se refera la starnirea hormonilor si ca pacientul incepe sa simta o dorinta sexuala crescuta. Multi pacienti sunt surprinsi sa descopere ca se simt starniti in timpul experientei. Terapeutul atunci, negociaza cu pacientul numarul la care ar trebui sa ramana dorinta sexuala. Interesant, cativa pacienti sau intors dupa o saptamana sau doua raportand nu doar o activitate sexuala zilnica, ci de asemenea cu cererea din partea partenerului de a mai cobora cateva numere! (Zilbergeld si Hammond, 1988, pp. 204-5).

Aici este un alt scenariu de imagerie, *Imageria Erectila*, dupa Saral (2003, pp. 272-3) care devine parte a sugestiilor hipnotice pentru regresarea pacientului la un moment in care a experimentat erectia completa. Aceasta tehnica regresiva poate reinvia amintirile bune care pot ajuta sa recapteze sentimentele sexuale si afective. Asa cum am discutat in capitolul 5, hipnoza poate fi i tehnica mai puternica decat antrenamentul imageriei.

Imagineaza-ti ca ai cea mai plina de bucurie, cea mai plina de satisfactie experienta de erectie. Aminteste-ti tot ceea ce este asociat cu aceasta experienta. Da viata tuturor experientelor din acel moment. Aminteste-ti cum ai atins pe cineva sau ceva, cum te-a atins cineva si unde si cum. Nu porti nici o haina sau erai dezbracat? Cum se simte corpul tau sa fie atins? Erai singur sau era cineva cu tine? Daca erai singur, ce ai vizualizat? Aminteste-ti sunetele care pot sa apara in acel moment – muzica, vorbe, vantul care bate. Aminteste-ti de asemenea mirosurile care erau

in aer. Erai in interior sau afara? Care era pozitia corpului tau? Unde stateai, in picioare sau intins?

Aminteste-ti intalnirea sexuala cea mai plina de bucurie si deplina. Cum a inceput erectia? Cat de flasc sau tare era penisul tau? Ce a facut ca erectia sa fie mai tare? Cat a durat erectia? Cum s-a terminat experienta? Acum ca tu stii ca ai abilitatea de a crea si mentine o erectie, vreau sa-ti amintesti momentul in care ai avut o relatie excitanta si plina de satisfactie cu un partener, mentanand erectia completa.

Sugestiile post-hipnotice

Inaintea terminarii sedintei hipnotice, sugestiile post-hipnotice sunt date pentru a consolida antrenamentul de relaxare, auto-hipnoza, pierderea anxietatii de performanta si asteptarii si cresterea starnirii si erectiei.

Antrenamentul de auto-hipnoza

Componenta de auto-hipnoza a hipnoterapiei cognitive pentru disfuncția erectilă este dedicată să reducă anxietatea de performanță, să crească încrederea în sine și să contracareze ruminările negative (auto-hipnoza negativă) și să faciliteze transferul îndemănarilor la situația reală.

Terapia cognitiv-comportamentala

Pe baza studiilor psihofiziologice asupra barbatilor cu disfuncție erectilă, Barlow și asociații (Barlow, Sakheim și Beck, 1983; Cranston-Cuebas și Barlow, 1990) au sugerat că nu există anxietate per se care este responsabilă pentru componenta psihologică a disfuncției erectile, ci efecte asociate distragerii cognitive. Astfel concomitenții fiziologici ai anxietății par să fie mai puțin importanți decât efectele cerinței de performanță sau distragerii cognitive la bărbații cu disfuncție erectilă (Rosen, 2007). De aceea este important pentru terapia sexuală să se concentreze pe aspectele cognitive ale anxietății de performanță. Abordările bazate pe relaxare adesea esuează să se refere la aspectele cognitive ale disfuncției erectile. De exemplu LoPiccolo (1992) argumentează că SF poate reprezenta o formă de intervenție paradoxală. În timp ce terapeutul sexolog dă ca sarcină Sf cu intenția de a ușura anxietatea de performanță, mulți pacienți pot să nu experimenteze reducerea anxietății; mai curând ei pot experimenta „anxietate de metaperformanță”, ceea ce înseamnă că anxietatea de a nu performa în ciuda instrucției de a nu se simți presat de a performa. Rosen (2007,p.291) argumentează:

Conform acestei perspective, este insuficient să trasăm concentrarea pe atingere sau

exercitii de relaxare in fata cerintelor de performanta internalizate inalte. Mai curand, concentrarea terapiei ar trebui sa fie pe confruntarea sursei acestei cerinte de performanta prin interventii cognitive si psihoeducationale.

Pe baza descoperirilor si recomandarilor de mai sus, unii clinicieni de obicei integreaza interventiile cognitive cu terapia sexuala pentru disfunctia erectila. Terapia cognitiv-comportamentala este de obicei utilizata pentru a provoca expectatiile sexuale nerealiste, conceptiile gresite cu privire la mecanismele si procesele de baza ale functiei erectile si cauza disfunctiei erectile. Zilbergeld (1992) a observat ca barbatii, frecvent subscriu la „modelul fanteziei sexului”, in care performanta masculina este vazuta ca fiind piatra de hotar a experientei sexuale si o erectie ferma este vazuta ca un fapt sine qua non al intalnirii sexuale satisfacatoare. Conform acestui punct de vedere dificultatile performantei sexuale sunt adesea interpretate ca o pierdere a masculinitatii sau declinului interesului sexual la partener.

Terapia cognitiv-comportamentala este condusa in acelasi format ca cel descris la celelalte tulburari. Pentru a face restructurarea cognitiva mult mai sistematica, utilizarea formularului restructurarii cognitive (ABCDE) este recomandata (Apendicele B). Unele din tehnicile hipnotice mentionate mai inainte si anume, intarirea eului, antrenamentul de imagerie, auto-hipnoza si sugestiile post-hipnotice pot fi utilizate pentru a schimba auto-vorbirea sau ruminarea negativa. Yapko (2006) furnizeaza un scenariu hipnotic pentru schimbarea ruminarii negative. Desi scenariul este pentru insomnie, el poate fi adaptat pentru pacientii cu disfunctie erectila (Yapko, 2006, pp. 150-3).

Stimularea sexuala crescuta

Zilbergeld (1992) si altii au observat ca disfunctia erectila este cea mai stressanta din punct de vedere psihologic pentru indivizii sau cuplurile care au avut un scenariu sexual limitat si foarte putine alternative de desfasurare. Cerintele performantei si teama de esec cresc semnificativ la indivizii sau cuplurile care nu au explorat nixiodata sau nu stiu alte tehnici, in afara de desfasurarea penisovaginala. La acesti indivizi exista o incetare completa a activitatilor sexuale odata ce barbatul nu este capabil sa realizeze o erectie ferma. Acest lucru poate conduce la diminuarea dorintei sexuale la unul sau la ambii parteneri, adesea rezultand distantarea sau conflictul in relatie. Acest „cerc vicios” poate creste si mai mult cerintele de performanta. LoPiccolo (1992) a accentuat, de asemenea, rolul critic al atitudinii partenerului de sex feminin catre formele de stimulare sexuala. Conform acestui autor recunoasterea de catre pacient a gratificarii sexuale a

partenerului nu depinde de el pentru ca sa aiba o erectie care sa reduca anxietatea de performanta. Pacientul cu disfunctie erectila gaseste asigurator sa stie gaseste la fel de placut sa faca stimulare manuala sau orala, desi nu implica desfasurare peniso-vaginala.

Pentru a rupe cercul vicos, Rosen si colegii (Rosen, Leiblum si Spector, 1994) sustin utilizarea „scenariilor sexuale” in terapia sexuala pentru disfunctia erectila. Eu utilizez o versiune adaptata a scenariului sexual care implica evaluarea detaliata a scenariilor performative (curente) si ideale (private) ale cuplului si modificarea sau inlocuirea scenariului sexual bazat pe incredere mutuala si respect. Modificarea sau inlocuirea scenariului sexual permite oportunitati crescute pentru stimulare sexuala. Noul scenariu sexual modificat poate imbunatati antrenamentul de imagerie hipnotica.

Asertivitatea interpersonală sau antrenamentul de comunicare in cuplu

Deoarece sexualitatea implica de obicei un cuplu, problemele interpersonale si de relatie joaca un rol major in cele mai multe cazuri de disfunctie erectila. Conflictele in relatie (Masters si Johnson, 1970) si dificultatile de comunicare (Hawton, Catalan si Fagg, 1992) pot precipita, exacerba si mentine disfunctia erectila. Rosen si colegii (Rosen, Leiblum si Spector, 1994) au identificat trei dimensiuni majore ale conflictului in cuplu care sunt frecvent intalnite in cazurile de disfunctie erectila care trebuie sa fie luate in considerare in terapia sexuala. Aceste dimensiuni cuprind problemele de statut si de dominanta (datorate lipsei de angajare, pierderii stimei de sine, depresie); pierderea intimitatii si increderii (datorate aventurilor extraconjugale, unei noi cariere, unui copil care s-a nascut); si pierderea atractiei sexuale (datorate bolii, chirurgiei, luarii in greutate). Rezolvarea acestor probleme poate cere consiliere suplimentara si terapie de cuplu sau maritala. Hipnoza poate fi utilizata pentru a imbunatati stima de sine prin intarirea eului si auto-hipnoza. In timp ce lucram cu problemele conflictului, problemele legate de comunicare pot fi de asemenea rezolvate.

Antrenamentul de prevenire a recaderii

Exista o rata inalta de renuntare si de recadere, atat la tratamentul medical, cat si psihologic in disfunctia erectila. In plus, disfunctia erectila este recunoscuta a fi o boala progresiva in termenii patologiei organice insotitoare, care poate atenua manifestarea disfunctiei (Perelman, 2005). Totusi, recent, clinicienii au sustinut utilizarea prevenirii recaderii in tratamentul disfunctiei erectile (McCrthy, 2001). Cateva strategii pot fi utilizate pentru a preveni recaderea si acestea includ

exercitiile SF1 si Sf2 ocazionale; repetarea strategiilor de coping cu raspunsul sexual negativ, de exemplu sa nu realizeze nivelul dorit de erectie cand se asteapta; cresterea scenariilor sexuale – largirea categoriei de stimulare sexuala; auto-hipnoza; practica imageriei; monitorizarea conflictelor in relatie; utilizarea regulata a medicamentelor; programarea regulata a intalnirilor cu terapeutul sau cu medicul care ii trateaza. Hipnoza poate fi de asemenea utilizata, de exemplu repetarea unora din tehnicile de mai sus cand este in transa, pentru a imbunatati prevenirea recaderii. Alladin (2007b; vezi de asemenea capitolul 3) a descris cateva tehnici, inclusiv antrenamentul de umplere a mintii pentru prevenirea recaderii in depresie. Unele din aceste strategii pot fi usor adaptate pentru interventia in disfunctia erectila.

SUMAR

Capitolul a revizuit etiologia si tratamentele empirice existente pentru disfunctia erectila si apoi a descris abordarea de tratament multi-modala pentru tratarea disfunctiei erectile, care combina hipnoterapia, terapia sexuala si medicatia (inhibitorii PDE-5: Cialis, Viagra si Levitra). Odata cu „revolutia Viagra”, intelegerea si tratamentul disfunctiei erectile s-a schimbat dramatic in ultimii 10 ani. Capitolul a descris doua modele ale furnizarii terapiei sexuale pacientilor cu disfunctie erectila in contextul revolutiei Viagra. Desi hipnoza a fost utilizata in disfunctiile sexuale de peste jumatate de secol, nu exista cercetari controlate asupra hipnozei in tulburarile sexuale. Capitolul a descris un model inovativ si conceptual pentru integrarea hipnozei in terapia sexuala moderna. Modelul furnizeaza un design pentru evaluarea efectelor suplimentare ale hipnozei in terapia sexuala.

CAPITOLUL 10

DIRECTII VIITOARE

Desi multi scriitori si clinicieni susutin ca hipnoterapia este foarte eficienta in tratamentul unei largi categorii de tulburari, foarte putina cercetare empirica exista in sustinerea acestui lucru. Starea empirica curenta a viitorului hipnoterapiei poate fi sintetizata prin observatia lui Graci si Hardie in legatura cu statutul empiric al insomniei:

Exista o multitudine de cercetari care sugereaza ca combinarea terapiei cognitiv-comportamentale cu hipnoza este terapeutica pentru o varietate de tulburari psihologice, comportamentale si medicale. Insa foarte putina cercetare empirica exista care sa sustina utilizarea hipnoterapiei, fie ca modalitate de tratament singulara, fie ca modalitate de tratament multipla pentru managmentul tulburarilor de somn. Literatura existenta este limitata la un foarte mic subset de tulburari de somn „non-biologice”, in special insomnia..... Exista o nevoie imediata pentru mai multa cercetare care sa evalueze eficacitatea hipnoterapiei, fie ca modalitate de tratament singulara, fie ca modalitate de tratament multipla pentru rezolvarea tulburarilor de somn. Odata ce aceasta eficacitate este stabilita, va creste utilizarea hipnoterapiei si o cerere pentru serviciile sale ca tratament al tulburarilor de somn non-biologice.

Totusi dovezile empirice pentru utilitatea hipnozei sunt mai multe in insomnie decat in alte conditii, in mod particular cand hipnoza este combinata cu terapia cognitiv-comportamentala. De exemplu, eficacitatea adjuvanta a hipnozei a fost validata empiric in durerea cronica (Elkins, Jensen si Patterson, 2007), tulburarea de stress acut (Bryant si colaboratorii, 2005), depresie (Alladin si Alibhai, 2007), tulburarea de somatizare (Moene si colaboratorii, 2003) si anxietatea de a vorbi in public (Schoeneberger si colaboratorii, 1997). Pentru statutul empiric tarziu al hipnozei clinice in variate conditii medicale si tulburari psihiatrice, vezi problemele speciale ale practicii bazate pe evidenta din hipnoza clinica in *Jurnalul International al Hipnozei Clinice si Experimentale*(Alladin, 2007a, b). Luand in considerare ca hipnoza clinica s-a manifestat de peste un sfert

de secol fundatia empirica relativa a hipnozei clinice nu este foarte solida si hipnoterapia este departe de a fi recunoscuta ca psihoterapie principala. Asa cum indica Graci si Hardie (2007), pentru a creste credibilitatea si utilizarea hipnozei clinice, bazele empirice ale hipnoterapiei trebuie sa fie larg stabilite.

Scopul scrierii: *Hipnoterapia Cognitiva: O abordare integrata de tratament al tulburarilor emotionale* a fost descris si incurajat de practica clinica bazata pe evidenta si de cercetarea in hipnoterapie. Aceasta carte este o incercare de a ghida clinicienii asupra modului cum sa asimileze hipnoza ca un adjuvant cu terapia cognitiv-comportamentala in managementul variatelor tulburari emotionale. Totusi cartea merge dincolo de acest lucru.

In primul rand pune o baza teoretica solida pentru combinarea hipnozei cu terapia cognitiv-comportamentala in managementul tulburarilor emotionale. Hipnoterapia cognitiva este formal conceptualizata ca un model asimilativ de psihoterapie, pentru care indeplineste criteriile (Lampropoulos, 2001; Stricker si Gold, 2006). Abordarea asimilativa de psihoterapie este ultimul model de psihoterapie integrativ descris in literatura. Integrarea asimilativa este considerata a fi cel mai bun model pentru integrarea, atat a teoriei, cat si a descoperirilor empirice pentru a realiza maximum de flexibilitate si eficienta sub o ghidare teoretica (Lampropoulos, 2001).

In al doilea rand, cartea furnizeaza abordarea formularii cazului pentru practica clinica. Un astfel de model de practica permite asimilarea tehnicilor bazate pe descoperirile empirice mai curand decat utilizarea tehnicilor in mod hazardat sau intr-o maniera care sa se potriveasca. Dovezile sugereaza ca potrivirea tratamentului la caracteristicile particulare ale pacientului creste rezultatul (Beutler, Clarkin si Bongar, 2000).

In al treilea rand, fiecare capitol se refera la o tulburare emotionala particulara in detaliu, stabilind pas cu pas protocolul de tratament. Protocolul de tratament, bazat pe ultimele dovezi empirice furnizeaza un *design suplimentar* pentru studierea efectelor suplimentare ale hipnozei. Protocoalele de tratament sunt specific schitate intr-un mod structurat pentru a testa utilitatea clinica a adaugarii componentei hipnoterapiei la terapia cognitiv-comportamentala. Un *design suplimentar* implica o strategie in care tratamentul adugat produce o imbunatatire a primului tratament (Allen si colaboratorii, 2006). Se spera ca protocolul detaliat si structurat va produce ghidarea tratamentului si va incuraja evaluarea tehnicilor adjuvante.

In al patrulea rand, cartea furnizeaza un cadru pentru integrarea altor forme de psihoterapie cu hipnoterapia. In modelul hipnoterapiei cognitive, terapia cognitiv-comportamentala este aleasa ca psihoterapie gazda pentru asimilare pentru ca terapia cognitiv-comportamentala indeplineste criteriile pentru o teorie stiintifica buna, este validata empiric si constituie o unificare a teoriei psihoterapiei si psihopatologie (Alford si Beck, 1997). Teoria este esentiala pentru practica clinica; fara teorie practica psihoterapiei devine un exercitiu pur tehnicezbracat de orice baza stiintifica.

Desi hipnoterapia cognitiva indeplineste criteriile pentru un model asimilativ de psihoterapie este ceruta mai multa validare empirica. Fara validare empirica nu este posibil sa se stabileasca daca importarea tehnicilor hipnotice in terapia cognitiv-comportamentala are un impact pozitiv asupra terapiei, in special cand tehnicile sunt decontextualizate si plasate intr-un nou cadru. Doar prin validare, aceasta asimilare ineficienta si idiosincrazica poate fi evitata. In plus, validarea empirica este de asemenea importanta pentru reevaluarea modelului asimilativ in sine. Cartea ofera cateva protocoale ale hipnoterapiei structurate si bine descrise care pot fi usor validate.

Cercetarile acestor protocoale au fost deja validate, de exemplu pentru depresie si tulburarea de somatizare care trebuie sa fie subiectul unor studii ale *celeia de-a doua generatii*; aceasta inseamna ca, studiile utilizeaza demontarea design-ului pentru a evalua eficacitatea relativa a tehnicilor importate (Alladin si Alibhai, 2007). Acesti investigatori au importat cateva tehnici hipnotice in terapia cognitiv-comportamentala pentru depresie, incluzand relaxarea hipnotica, intarirea eului, expansiunea constientizarii, inducerea dispozitiei pozitive, sugestii post-hipnotice si auto-hipnoza. Fara mai multe studii (studii de a doua generatie) nu exista cale de a sti care tehnici au fost eficiente si care au fost superflue. Prima generatie de studii implica evaluarea efectului suplimentar al terapiei cognitiv-comportamentale in comparatie cu hipnoterapia ca modalitate de tratament singulara cu alte terapii bine stabilite. De exemplu, terapia reprocesarii hipnotice (vezi capitolul 5) care poate fi comparata cu terapia expunerii in tratamentul tulburarii de stress post-traumatic ca o prima generatie de studiu.

Totusi, hipnoterapia cognitiva caun model asimilat de psihoterapie nu este vazuta ca un produs finit, ci ca un proces in evolutie. Desi este important sa evaluam si sa validam empiric terapiile integrative asimilative, este de asemenea important sa avem in minte ca „psihoterapia integrarii este sinonima cu creativitatea si originalitatea psihoterapeutica” si, astfel „multe avantaje pot aparea in camera de consultatie a terapeutilor individuali care nu pot supune munca lor la

o scara larga de investigatii” (Gold si Stricker, 2006, p. 13). Cu alte cuvinte, acestia nu publica, dar clinicienii competenti au multe de oferit pentru practica clinica. Uneori munca lor poate fi foarte creativa si inovativa, furnizand cateva ipoteze care pot fi testate de investigatori. In plus, dincolo de amestecul acestor tehnici, clinicienii ar trebui sa incerce de asemenea sa integreze insight-urile pacientului si feedback-urile acestuia in terapiile lor asimilative.

De aceea in incheiere am cateva dorinte pentru viitor:

- Mi-ar placea sa vad clinicieni experimentati si cercetatori care sa scrie carti serioase despre hipnoza; aceasta inseamna, carti care sunt bazate empiric sau inovative, mai curand decat enumerarea utilitatii hipnozei.
- In cercetarea lucrarilor si cartilor cu privire la tratament, este important sa examinam complexitatea tulburarilor psihologice, acordand o atentie particulara progresului recent in ceea ce priveste etiologia, tratamentele empirice existente si tulburarile comorbide. Protocolul de tratament ar trebui sa fie clar descris astfel incat tehnica sa poata fi replicata si evaluata. Este important sa nu spunem cititorilor ca depresia poate fi tratata prin inatrierea eului, sau tulburarea de stress post-traumatic tratata prin regresie sau abreactie. Psihoterapia cu multiple fatete, adesea include medicatie care este ceruta pentru a trata aceste tulburari complexe.
- Se spera ca unele protoale de tratament descrise in carte sunt evaluate si ca, ata prima generatie cat si a doua generatie de studii sunt conduse.
- Daca facem toate astea, poate hipnoterapia cognitiva ca o forma siomilativa de psihoterapie, va fi recunoscuta ca o psihoterapie superioara in viitor.

APENDICELE A

FORMULARUL CAB PENTRU MONITORIZAREA CREDINTELOR IRATIONALE/GANDURILOR/IMAGINILOR/VISELOR DIN TIMPUL ZILEI LEGATE DE EVENIMENTE/ SITUATIILOR

Data	C=Emotii	A=Fapte sau evenimente	B=Ganduri automate in legatura cu A
	1.Specifica tristete/anxietate/furie etc. 2. Evalueaza gradul de emotie 0-100	Descrie: 1. Evenimentul actual care a activat emotia/reactia neplacuta 2. Imagini, vise din timpul zilei, amintiri care conduc la emotia neplacuta	1. Scrie gandurile automate care au precedat emotiile/reactia 2. Evalueaza credinta in gandurile automate 0-100%
04.01.06	Anxios (100) Deprimat(75) Nefericit(100) Mizerabil (90)	Se gandeste sa mearga la petrecere	Nu ma voi bucura (100) Nu pot face fata acestui lucru (100) Toti ma vor ura(90) Voi strica cheful tutror (90) Nu voi mai fi niciodata fericit asa ca ce mai conteaza (100)

APENDICELE B

FORMULARUL RESTRUCTURARII COGNITVE (ABCDE)

Data	A Evenimentul activator	B Credintele irrationale	C Consecinte	D Disputa	E Efectul diputei
	Describe evenimentul actual, fluxul gandurilor, visele din timpul zilei etc, care conduc la sentimentele neplacute	Scrie gandurile automate si imaginile care iti vin in minte. Evalueaza credintele sau imaginile 0-100%	1. Emotie: Specifica tristete, anxietate sau furie. Evalueaza sentimentele 1-100% 2. Fiziologic: Palpitatii, durere, ameteala, transpiratie etc. 3. Comportamen tal: Evitare, in pat 4. Concluzie: Tragerea concluziilor, auto-afirmatie	Provocarea gandurilor automate si imaginilor. Evalueaza credinta in raspusnul/ima ginea irrationale 0-100%	1. Emotie: Reevalueaza emotia ta 1-100% 2.Fiziologic: Schimbari in reactiile corpului (tremur mai putn, mai putina tensiune etc) 3. Comportamen tal: Luarea actiunii de dupa disputa. 4. Concluzie: Reaprecierea concluziei tale si deciziei initiale.

					Credinte viitoare in situatie similara.
--	--	--	--	--	--

Data	A Evenimentul activator	B Credinte irrationale	C Consecinte	D Disputa	E Efectul disputei

--	--	--	--	--	--

APENDICELE C

FORMULAREA CAZULUI HIPNOTERAPIEI COGNITIVE SI PLANUL DE TRATAMENT

Identificarea informatiei

Data de azi

Nume:

Varsta:

Sex:

Statut marital:

Etnie:

Statut ocupational:

Situatia locuintei:

Trimis de:

1. Lista de probleme:

(listeaza toate simptomele majore si problemele in functionare)

Simptome psihologice/psihiatrice:

Probleme medicale:

Dificultati interpersonale:

Probleme ocupationale:

Probleme cu locuinta:

Probleme legale:

Probleme in legatura cu petrecerea timpului liber:

2. Diagnostic

Axa I:

AxaII:

Axa III:

Axa IV:

Axa V:

3. Ipoteze de lucru

(ipoteze cu privire la mecanismul insotiror care produce problemele enumerate)

Evalueaza schemele refeitoare la:

Sine:

Altii:

Lume:

Viitor:

Credinte profunde recurente

Ruminari/auto-hipnoza negativa

Sugestibilitate hipnotica:

4. Situatii precipitatoare/activatoare

(listeaza aparitia problemelor curente si stabileste legatura dintre mecanismul insotitor si aparitia problemelor curente)

Factori care fac sa apara:

Sunt factorii care fac sa apara congruenti cu auto-schemele/ruminarile/auto-hipnoza:

5. Originile credintelor profunde

(Stabileste originea credintelor profunde din experienta copilariei)

Evenimente de viata negative timpurii:

Predispozitie genetica:

Istoricul tratamentului (include raspunsul):

6. Sumar al ipotezelor de lucru

- 1.
- 2.
- 3.

7. Planul de tratament

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Modalitate:

Frecventa:

Interventii:

Terapii adjuvante:

Obstacole:

8. Forte si calitati:

(bazat pe formulare, prezicerea obstacolelor pentru tratament care pot
aparea)

- 1.
 - 2.
 - 3.
-

APENDICELE D

FORMULAREA CAZULUI HIPNOTERAPIEI COGNITIVE SI PLANULUI DE TRATAMENT CU JACKIE

Identificarea informatiei

Data : 10 Mai, 2004

Numele: Jackie

Varsta: 36 de ani

Sexul: Feminin

Statut marital: Casatorita

Etnie: rasa cauzcaziana alba

Statut ocupational: Casnica

Situatia locuintei: Locuieste cu sotul ei si cu cei doi fii in varsta de 12 si 10 ani

Trimis de: Dr. Mind, psihiatru

1. Lista de probleme:

(Listeaza toate simptomele majore si problemele in functionare)

Simptome psihologice/psihiatrice:

Deprimata, ii lipseste energia si motivatia, tulburari de somn, pierderea libidoului, obosita, dificultati de concentrare si sentimente de vina in cea mai mare

parte a timpului. Uneori are ganduri suicidare, dar nu are intentia sa le puna in practica. Se simte furiasa si tematoare in legatura cu lumea. Intotdeauna are un sentiment de tensiune interioara, nu se poate relaxa si are dureri de cap recurente.

Dificultati interpersonale.

Din punct de vedere social ea este retrasa. Isi evita prietenii, desi are cativa prieteni buni si evenimentele sociale deoarece simte ca nu este destul de buna. De asemenea crede ca este urata si neatractiva si, de aceea nu doreste ca cineva sa observe cat de „oribil” arata.

Probleme ocupationale

Lucra intr-o banca inainte de a-l avea pe primul fiu. Nu a mai lucrat de cand s-a nascut fiul sau (cu 12 ani in urma. Din moment ce sotul sau era ofiter superior de politie ea a decis sa devina casnica cu norma intreaga. Ii place sa stea acasa si sa aiba grija de familia ei. Totusi, se simte vinovata deoarece crede ca ea nu face o treaba buna si nu este o mama si o sotie grijulie.

Probleme medicale:

nici una, cu exceptia durerilor de cap recurente, care par sa fie secundare anxietatii si depresiei ei.

Dificultati financiare:

Nici una.

Probleme cu locuinta:

Nici una.

Probleme legale:

Nici una.

Probleme legate de petrecerea timpului liber:

Evita sa iasa deoarece crede ca este urata si de aceea va deveni batatoare la ochi pentru ceilalti. De asemenea se simte nesigura sa se aventureze in afara casei. Totusi, nu este agorafobica, ea evita in principal situatiile sociale. Isi

petrece timpul liber pe chat si canalele de bucatarie de la televizor.

2. Diagnostic:

AxaI: Tulburare depresiva majora, recurenta, moderata

AxaII: trasaturi de personalitate obsesiv-compulsiva

AxaIII: Nici unul

AxaIV: Retragere sociala

Axa V: Socr GAF=50

3. Ipoteze de lucru:

(Ipoteze cu privire la mecanismul insotiror care produce problemele listate)

Evaluarea scemelor legate de:

Sine:

„Nu sunt buna, sunt o ratata”

„Sunt o sotie si o mama inutila; Nu pot face nimic cum trebuie”

*„Sunt urata si neatractiva, nimeni nu ma place; toti, in special prietenii mei
crec ca arat oribil”*

„Nu am incredere, sunt inferioara.”

Ceilalti:

*„Nu poti avea incereder in nimeni, oaneii sunt rai si te ranesc, ei
intoddeauna vor sa te determine sa te simti doborata.”*

Lume:

*„Lumea este un loc inspaimantator; nimeni nu te protejeaza.” „Urasca
aceasta lume; As vrea ca lumea sa fie sigura.”*

Viitor:

*„Sunt confuza in legatura cu viitorul. Pare negru si nesigur”. „Vad ca
familia mea ma va parasi.” „Sunt sperziata ca voi sfarsi intr-o institutie
psihiatrica”.*

Credinte profunde recurente:

„Nu sunt buna; Sunt inutila; Sunt o ratata: Sunt urata si oribila”.

Ruminare/auto-hipnoza negativa:

Ea rumineaza cu credinta ca este inutila si urata. Ruminările conduc la si mai multe distorsiuni cognitive si exacerbarea anxietatii ei si simptomelor depresive. O astfel de experienta rezulta din validarea realitatii ei anxioase si depresive (auto-afirmatii sau sugestii post-hipnotice).

Sugestibilitate hipnotica:

Ea are un scor maxim la Scala de Sugestibilitate a lui Barer. Jackie raporteaza ca are o imaginatie buna. Totusi, concentrarea imaginatiei ei pare sa fie pe gandurile negative.

4. Situatii precipitatoare/activatoare

(listeaza factorii care fac sa apara problemele recurente si stabileste legatura dintre mecanismul insotitor si factorii problemelor recurente)

Factori care fac sa apara:

Cand ea vrea sa indeplineasca o functie sociala sau cand experimenteaza sentimente de anxietate si depresie. Ocazional cand este dezbracata sau cand este la dus.

Sunt factorii congruenti cu auto-scema/hemele/ruminările/ auto-hipnoza:

Factorii activeaza auto-scema de a fi inferioara, ratata si urata.

5. Originile credintelor profunde

(Stabileste originea credintelor profunde din experienta copilariei)

Evenimente de viata negative timpurii:

S-a nascut intr-un mediu rece si ostil. Parintii ei nu i-au aratat prea multa dragoste sau afectiune. Tatal ei era un fermier de succes si avea putin timp pentru oamenii cu probleme emotionale. El credea ca exista doar oameni plictisiti sau slabi care sunt deprimati. Isi dorea ca copiii sai sa aiba succes academic deoarece nu voia ca ei sa devina fermieri. El credea in pedeapsa fizica. In multe ocazii, Jackie a fost pedepsita fizic de tatal ei si nu ii era permis sa isi exprime opiniile fata de parinti. Ea era in mod constant pedepsita de tatal ei deoarece nu mergea bine la scoala. Tatal ei credea puternic ca copiii ar trebui sa fie disciplinati si pedepsiti fizic daca fac ceva gresit si ca parintii ar trebui sa fie duri. Ea a descris-o pe

mama ei ca fiind foarte pasiva, rece si detasata deoarece ea insasi venea dintr-o familie de fermieri si de aceea comportamentul sotului ei era considerat normal. Jackie era foarte sperziata de tatal ei si niciodata nu l-a confruntat ales sa fie doborata cand avea un conflict cu tatal sau mama ei. Cea mai traumatica amintire din copilarie a fost cand Jackie a esuat sa ia 10 la examenul de matematica. Tatal ei era furios si a aruncat toate cartile si hainele pe fereastra si a numit-o „stupida” si „inutila”. Jackie era atat de inspaimantata incat a crezut ca tatal ei o va omora. Era extrem de stressata si a inceput sa-si stranga cartile si hainele, una cate una, de pe campul acoperit cu zapada. S-a simtit profund ranita si umilita. Treptat, Jackie a inceput sa creada ca era vina ei din moment ce este inutila.

Predipozitie genetica:

Unchiul patern al lui Jackie si bunica ei au o istorie de tulburari depresive majore. Lui Jackie i-a lipsit intotdeauna increderea si gandea negativ in legatura cu sine. Acest lucru s-a inrautatit in timpul adolescentei, in special cand a devenit constienta de corpul ei. Ea s-a descris ca fiind bucalata cand era adolescenta si a devenit convinsa ca este urata si neatractiva. Ura sa se utie la corpul ei cand era dezbracata sau in timp ce facea dus.

Istoricul tratamentului (include raspunsul):

Desi Jackie s-a simtit anxioasa si deprimata de cand era adolescenta, a avut primul episod de depresie majora cu opt ani in urma. De atunci ea a inceput sa aiba episoade recurente de depresie majora. A fost la psihiatru de trei ani si a fost incredintata medicului de familie care monitorizeaza medicatia ei anti-depresiva,. Totusi, ea nu s-a simtit niciodata libera de simptomele reziduale si simptomele ei s-au inrautatit cand era stresata si de aceea, medicul de familie a trimis-o la psihoterapie.

6. Sumar al ipotezelor de lucru:

Cand Jackie este invitata sa indeplineasca o functie sociala se simte anxioasa si deprimata. Anxietatea este facuta sa apara de credinta ca, din cauza lipsei de incredere, ea nu va fi capabila sa faca fata situatiei sociale si poate pierde controlul. Faptul ca ea nu este capabila sa controleze teama si anxietatea ei si lipsa de incredere reinvie auto-schema insotitoare ca ea este inferioara, nu este buna si este inutila. Sentimentul de inadecvare si incompetenta conduc la afectul depresi, aceste ruminari in legatura cu simptomele ei rezulta din feedback-ul

circular al afectului depresiv. Ea face fata evitand situatiile sociale ceea ce intareste si mai mult auto-schema insotitoare.

Depresia ei este facuta sa apara, de asemenea de situatii, cum ar fi sa fie dezbracata sau sa faca dus, cand devine constienta de imaginea corpului ei. Aceste situatii fac sa apara auto-schema ca ea este urata si inutila.

7. Forte si calitati

Viata de familie stabila; securitate financiara; indemanri sociale bune.

8. Plan de tratament

Scopuri (Masuri)

- 1. Reducerea simptomelor de anxietate; monitorizarea nivelului de anxietate cu BAI.*
- 2. Reducerea simptomelor depressive; monitorizarea imbunatatirilor in ceea ce priveste depresia cu BDI -II si logging-ul activitatilor.*
- 3. Reducerea frecventei si intensitatii durerilor de cap; masurate prin logging-ul frecventei si intensitatii durerilor de cap*
- 4. Cresterea acordarii atentiei functiilor sociale; masurate direct prin contabilizare.*
- 5. Cresterea timpului petrecut cu prietenii; masurat prin numarul de contacte.*
- 6. Sa se inscrie la sala de gimnastica si sa inceapa sa mearga regulat la sala de gimnastica; masurat prin contabilizarea frecventei de a merge la sala de gimnastica pe saptamana.*

Modalitate:

Hipnoterapie cognitva individuala

Frecventa:

Saptamanal, timp de 16 saptamani

Interventii

*Invatarea formularii (pentru afurniza motivul pentru interventie).
Programarea activitatii (lucrul acasa, socializare, a merge la sala de gimnastica).
Restructurarea cognitva. Hipnoterapie pentru managmentul anxietatii si depresiei.
Interventii de schimbare a schemei.*

Terapii adjuvante:

Luarea medicatiei antidepresive; medicatia poate fi revizuita de medicul ei de familie daca arata imbunatatiri semnificative cu hipnoterapia cognitiva. Daca nu se imbunatateste. Ea poate fi trimisa la psihiatru.

Obstacole:

Credinte fixate ca ea nu este buna si este inutila; sotul foarte dominant si, uneori, intolerant cu simptomele ei depresive.

APENDICELE E**INDUCTIA HIPNOTICA SI INTARIREA EULUI: RELAXARE CU METODA NUMARARII**

Acest scenariu (adaptata dupa Alldin, 2007b) furnizeaza principalul continut al primei sedinte de hipnoterapie. Consta din inductie hipnotica, adancire, crearea unei stari placute a mintii, intarirea eului si terminarea transei.

INDUCTIA

Inchide ochii si fa-te confortabil pe cat poti. Acum voi numara de la UNU la

ZECE.....si in timp ce eu numar..... cu fiecare numarare vei deveni din ce in ce mai relaxat.....astfel ca atunci cand ajung la zece..... la numarul zece te vei odihni intr-o transa profunda.

UNU: Pur si simplu continua sa respiri bland.... inspira si expira.... si in timp ce te concentrezi pe vocea mea vei incepe sa te relaxezi..... te vei relaxa profund in timp ce continui sa asculti vocea mea.

DOI: Incepi sa simti o senzatie de greutate si relaxare venind spre tine in timp ce continui sa asculti vocea mea..... si in timp ce continui sa inspiri si sa expiri..... vei incepe sa iti simti bratele relaxate.... picioarele tale se relaxeaza..... intregul tau corp se relaxeaza complet.

TREI: Vei incepe sa simti ca senzatia de greutate si relaxare incepe sa creasca..... din ce in ce mai mult..... si incepi sa te relaxezi.... din ce in ce mai mult.... sa te relaxezi din ce in ce mai profund tot timpul in care continui sa asculti vocea mea.

PATRU: Poti simti acea senzatie de greutate si relaxare crescand..... din ce in ce mai mult, in timp ce continui sa asculti vocea mea..... Si in timp ce eu continui sa numar, cu fiecare numarare..... acea senzatie de greutate si relaxare va continua sa creasca din ce in ce mai mult..... pana cand te adancesti intr-o transa profunda si placuta.

CINCI: Pur si simplu observa..... cum progresiv devii din ce in ce mai relaxat..... din ce in ce mai linistit..... din ce in ce mai confortabil..... pana cand eu ajung la ZECE te vei odihni intr-o transa profunda.

SASE: Pur si simplu asculta vocea mea in timp ce eu continui sa numar..... si in momentul in care ajung la ZECE..... te vei odihni intr-o transa profunda si placuta.

SAPTE: Incepi sa te adancesti incet intr-o transa din ce ince..... mai profunda.

OPT: Pur si simplu observa ca te simti din ce in ce mai confortabil..... din ce in ce mai linistit..... din ce in ce mai profund relaxat..... astfel incat atunci cand ajung la ZECE, te vei odihni intr-o transa profunda.

NOUA: Si de fiecare data cand inspiri si expiri..... te adancesti incet intr-o transa profunda si placuta..... te adancesti incet..... intr-o transa profunda si

placuta.

ZECE: Te adancesti intr-o transa profunda in timp ce continui sa asculti vocea mea..... in timp ce tu continui sa inspiri si sa expiri..... te adancesti profund.... si mai profund..... in jos... si mai iin jos..... intr-o transa profunda si placuta.

ADANCIREA TRANSEI

Esti intr-o transa hipnotica atat de profunda acum..... incat mintea si corpul tau se simt calme si pline de pace..... SI acum te voi ajuta sa te simti chiar mai relaxat..... si pentru a face acest lucru voi numara de la UNU la CINCI..... Cand voi ajunge la CINCI..... cand voi numara CINCI... te vei odihni intr-o transa din ce in ce..... mai profunda.

UNU: Pura si simplu lasa-te sa te relaxezi.... pur si simplu relaxeaza-te

DOI: Nu fa nimic..... nu incerca nimic..... pur si simplu lasa-te sa te relaxezi.... fara efort.... fara efort.

TREI: Devii din ce in ce mai greu..... sau din ce in ce mai usor..... cufundandu-te din ce in ce mai profund intr-o transa profunda.

PATRU: In acelasi timp te simti detasat.... foarte, foarte detasat..... intregul tau corp se simte complet detasat.... adancindu-te intr-o transa din ce in ce mai profunda.

CINCI: lasa-te sa te adncesti intr-o transa din ce in ce mai profunda..... te adancesti din ce in ce mai profund tott timpul in care continui sa asculti vocea mea.

Ai devenit atat de profund relaxat..... si cand esti intr-o astfel de transa profunda.... din ce in ce mai profunda..... incat mintea si corpul tau se simt complet relaxate..... complet linistite. Si incepi sa simti acea senzatie frumoasa de pace si relaxare..... liniste si calm.... curgand prin mintea si corpul tau.... dandu-ti o astfel de senzatie placuta..... o astfel de senzatie frumoasa..... inact de simti complet relaxat.... complet linistit..... Mintea si corpul tau se simt complet relaxate.... si perfect linistite.... se simt pline de pace..... calme..... confortabile..... complet relaxate..... total relaxate.... adancindu-te intr-o transa din ce in ce mai profunda in timp ce continui sa asculti vocea mea.

SUGESTII DE INTARIRE A EULUI

Pur si simplu continua sa te bucri de aceste senzatii frumoase... si in timp

ce continui sa te bucuri de aceasta senzatie de relaxare profunda..... iti voi repeta unele sugestii utile si pozitive.... si din moment ce esti foarte relaxat si intr-o transa hipnotica atat de profunda..... mintea ta va deveni atat de sensibila..... ata de receptiva la ceea ce eu spun..... astfel inact fiecare sugestie pe care ti-o dau.... te va adanci ata de profund in partea inconstienta a mintii... incat vei incepea ca..... nu exista nimic care sa fie eradicat.... Aceste sugestii din partea mintii inconstiente te vor ajuta sa rezolvi dificultatile tale..... Ele te vor ajuta sa gandesti.... aceasta inseamna ca te vor ajuta sa gandesti mai clar, mult mai obiectiv, mult mai realist si mult mai pozitiv..... Ele te vor ajuta cu sentimentele tale..... inact ele te vor face sa te simti mai putin anxios, mai putin suparat, mai putin deprimat..... Ele te vor ajuta cu actiunile si comportamentele tale..... aceasta inseamna, ca ele te vor ajuta sa faci din ce in ce mai multe lucruri care sunt utile pentru tine si sa faci din ce in ce mai putine lucruri care nu sunt utile pentru tine.

Esti acum atat de profund relaxat, esti intr-o transa hipnotica atat de profunda..... incat tot ceea ce eu spun ti se va intampla.... pentru binele tau..... se vor intampla din ce in ce mai mult.... Si fiecare sentiment pe care eu ti-l spuns, pe care il experimentezi..... vei incepe sa il experimentezi din ce in ce mai mult..... Aceste lucruri ti se vor intampla din ce in ce mai mult, adesea in timp ce asculti caseta..... Si aceleasi lucruri vor incepe sa ti se intample destul de puternic.... destul de puternic..... cand esti acasa.... sau la lucru sau la scoala..... sau in orice situatie in care te poti gasi.

Esti acum atat de profund relaxat..... esti intr-o transa hipnotica atat de profunda..... incat te simti mai puternic din punct de vedere fizic si mai in forma in fiecare zi. La sfarsitul sedintei.....si de fiecare data cand asculti caseta..... vei fi mai alert..... mult mai treaz..... mult mai energic.... In fiecare zi in timp ce inveti sa te relaxezi.... vei deveni mai putin obosit.... mai putin usor de descurajat.... mai putin usor de suparat.... mai putin usor de deprimat.

De aceea in fiecare zi in care asculti caseta, in timp ce inveti sa te relaxezi..... mintea si corpul tau se vor simti mai puternice si mai sanatoase din punct de vedere fizic..... nervii tai vor deveni mai puternici.... mintea ta va deveni mai clara si mai calma.... te vei simti mult mai stapan.... mult mai relaxat..... mult mai capabil sa lasi ca totul sa treaca..... Vei incepe sa dezvolti tendinta de a rumina mai putin.... de a catastrofiza mai putin.... de aceea vei deveni mai putin ingrijorat.... mai putin anxios si mai putin infricosat.... mai putin usor de suparat..... mai putin usor de deprimat.

In timp ce devii mai relaxat, mai putin anxios si mai putin ingrijorat cu

fiecare zi.... vei incepe sa acorzi din ce in ce mai mult interes la ceea ce faci..... la ceea ce se intampla in jurul tau..... incat mintea ta va deveni complet distrasa de la sine..... Nu te vei mai gandi atat de mult la tine.... Nu te vei mai gandi atat de mult la dificultatile tale.... si vei deveni mai putin constient de tine..... mai putin preocupat de tine si de dificultatile tale.... mai putin preocupat de propriile sentimente.... mai putin preocupat de ceea ce gandesc ceilalti despre tine.

In timp ce devii mai putin preocupat de tine, mai putin constient de tine..... vei fi capabil sagandesti mai clar..... vei fi capabil sa te concentrezi mai usor.... vei fi capabil sa acorzi atentie nedivizata la ceea ce faci.... sa excluzi complet orice altceva.... Chiar daca anumite ganduri iti trec prin minte, vei fi capabil sa te concentrezi pe sarcina, fara sa fii distras..... Ca un rezultat al acestui lucru, memoria ta se va imbunatati.... astfel incat vei incepe sa vezi lucrurile in adevarata lor perspectiva..... fara sa amplifici dificultatile.... fara sa le permiti sa capete proportii..... Cu alte cuvinte, de acum inainte.... oricand ai o problema, o vei examina obiectiv si realist.... si vei decide ceea ce nu poti sa faci..... Daca nu poti rezolva problema.... o vei accepta.... dar daca problema poate fi rezolvata..... atunci vei face un plan... sau vei veni cu unele strategii pentru a o rezolva oricat de mult timp iti ia..... De aceea, de acum inainte.... oricand vei avea o problema vei deveni mai putin suparat emotional si mai putin coplezit de ea.... De acum inainte vei incepe sa examineti dificultatile ca un om de stiinta, ceea ce inseamna ca o vei lua in considerare si vei veni cu un plan... Ca un rezulta al acestei noi atitudini..... vei deveni mai putin usor de suparat emotional.... mai putin anxios.... mai putin agitat.... si mai putin deprimat.

Cu fiecare zi.... vei incepe sa simti ca toate aceste lucruri se intampla.... din ce in ce mai rapid..... din ce in ce mai puternic.... din ce in ce mai complet...astfel incat.... te vei simti mult mai fericit... mult mai multumit.... mult mai optimist cu fiecare zi.... Si vei deveni treptata mult mai capabil sa te bazezi pe... sa depinzi de tine... de propriile eforturi.. ... de propria judecata.... de propriile opinii.... De fapt.... vei incepe sa simti mai putin nevoia... sa te bazezi pe... sau sa depinxi.... de.... alti oameni.

TERMINARE

Acum... pentru urmatoarele cateva momente pur si simplu relaxeeaza-te complet...si continua sa simti aest sentiment placut de pace..... si relaxare..... liniste..... si calm..... curgand prin intregul tau corp... danduti o senzatie atat de pacuta..... atat de linistitoare..... inact de simti atat de bine.... atat de usurat.... ai un sentiment de bine.

Intr-un moment.... cand voi numara de la UNU la SAPTE vei incepe sa deschizi ochii..... sa fii alert.... fara sa te simti obosit.... fara sa te simti ametit. Te vei simti mult mai bine dupa aceasta experienta hipnotica profunda si placuta..... te vei simti complet relaxat, ata mental, cat si fizic.... si te vei simti increzator, ata in tine cat si in viitor.

Acum voi numara de la UNU la SAPTE.....UNU.....DOI.....TREI.....PATRUCINCI.....SASE.....SAPTE... Deschide ochii..... te simti relaxat, refacut si ai un sentiment de bine.